

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

**AVALIAÇÃO DA PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA
DO PRESTADOR DE CUIDADOS**

DISSERTAÇÃO DE CANDIDATURA AO GRAU DE MESTRE EM
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Orientação:

Professor Doutor Paulino Sousa,
Professor Coordenador da Escola
Superior de Enfermagem do Porto

Coorientação:

Mestre Manuel Fernando Oliveira,
Professor Adjunto da Escola
Superior de Enfermagem do Porto

Paula Alexandra Estorninho de Bessa Leite

Porto | 2012

*À Alexandra e à Andreia luz dos meus olhos,
ao Jorge pelo apoio,
ao meu pai que sempre acreditou em mim,
e principalmente à minha mãe, por acreditar em mim,
pelo seu apoio incondicional, sem ela nada disto teria sido possível*

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Paulino Sousa, agradeço-lhe a sua orientação, por ser o meu mentor e pelo pensar em enfermagem de que hoje eu sou capaz, por toda a experiência de vida académica e profissional que ficará para além deste percurso de mestrado. Obrigado por ter acreditado que eu seria capaz e por me ajudar a transpor as dificuldades que surgiram neste trajeto.

Ao Mestre Manuel Fernando Oliveira, que coorientou este trabalho, agradeço-lhe todo o apoio, disponibilidade, sugestões, conselhos e também por ter acreditado em mim.

Ao Professor Filipe Pereira, agradeço-lhe pela sua inspiração, incentivo, por ser uma referência para mim e me mostrar o caminho a seguir.

À Professora Célia Santos, agradeço pelos saberes transmitidos, pelo incentivo e motivação e a pela sua postura perante as dificuldades que surgiram no projeto para o estudo.

À Escola Superior de Enfermagem do Porto, agradeço a autorização para utilizar os instrumentos de colheita de dados da sua autoria, sem eles esta investigação não seria possível.

À ULS Matosinhos agradeço por ter proporcionado a oportunidade para desenvolver este trabalho.

Aos enfermeiros do Departamento de Medicina da ULS Matosinhos, agradeço a sua colaboração ao identificarem as duplas de prestador de cuidados e pessoa dependente para proceder ao estudo.

Aos Prestadores de Cuidados e às pessoas dependentes, agradeço a sua boa vontade em colaborar.

A todos os meus amigos que sempre acreditaram que seria capaz...especialmente, à Graça, à Paula, à Ana, ao Camilo, ao Paulino, ao Fernando e ao Filipe, **MUITO OBRIGADA!**

ABREVIATURAS

AVD – Atividades de Vida Diária

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DP – Dependência

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

ICN – International Council of Nurses

INE – Instituto Nacional de Estatística

NOC – Nursing Outcomes Classification

OMS – Organização Mundial de Saúde

p – nível de significância

PAE – Perceção de Autoeficácia

PC – Prestador de Cuidados

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

TSC – Teoria Social Cognitiva

ULS – Unidade Local de Saúde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
CAPITULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
1.1 - DEFINIÇÃO DE CONCEITOS	20
1.1.1 - Prestador De Cuidados	20
1.1.2 - Competência	21
1.1.3 - Transição	22
1.1.4 - Autoeficácia	22
1.2 - A TRANSIÇÃO PARA O PAPEL DE PRESTADOR DE CUIDADOS	23
1.2.1 - A Mudança	31
1.3 - PLANEAR O REGRESSO À CASA	33
1.4 - AVALIAÇÃO DO PRESTADOR DE CUIDADOS	38
1.5 - A PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA DO PRESTADOR DE CUIDADOS	40
CAPITULO II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	49
2.1 - JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO	49
2.2 - DESENHO DO ESTUDO	52
2.3 - ASPETOS ÉTICOS	57
CAPITULO III - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	59
3.1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	60
3.1.1 - Caracterização Do Prestador De Cuidados	61
3.1.2 - Caracterização Do Dependente	65
3.2 - AVALIAÇÃO DA PERCEÇÃO DA AUTOEFICÁCIA DO PRESTADOR DE CUIDADOS	71
3.2.1 - Avaliação da Percepção da Autoeficácia do PC no momento da admissão	72
3.2.2 - Avaliação da Percepção da Autoeficácia do PC no momento da alta	74
3.2.3 - Comparação da PAE do PC entre o momento da admissão e o momento da alta	76
3.2.4 - Comportamento da variável PAE do PC entre o momento da admissão e o momento da alta	78
3.2.5 - Identificação de correlações entre a variável PAE do PC com os atributos do PC, com os atributos da pessoa dependente, com o tempo de internamento e com a dependência global	81
3.2.6 - Relação entre PAE global e atributos do PC do PC	85
3.2.7 - Relação entre a PAE do PC e o juízo de diagnóstico dos enfermeiros acerca das competências do PC	87
3.3 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	89

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	103
ANEXOS.....	115

ANEXOS I - Pedido de autorização à ESEP para utilização dos instrumentos de colheita de dados: “Avaliação da dependência no auto cuidado” (ESEP, 2010) e “Avaliação da Autoeficácia do Prestador de Cuidados” (ESEP, 2010) e respectiva autorização

ANEXO II– Instrumento de “Avaliação Do Autocuidado” (ESEP, 2010)

ANEXO III – Instrumento de “Avaliação Da Percepção Da Autoeficácia Do Prestador De Cuidados para cuidar do dependente” (ESEP, 2010)

ANEXO IV - Questionário para caracterização sócio demográfica do Prestador de Cuidados

ANEXO V - Desenho do estudo

ANEXO VI - Carta de explicação do estudo

ANEXO VII - Pedido de autorização para a realização de um trabalho de Investigação na ULSM e respectiva autorização

ANEXO VIII – Computação de novas variáveis para o estudo

ANEXO IX - Tabela 17 – Diferenças da PAE Global do PC na alta quando comparadas com os atributos do PC

ANEXO X - Tabela 18 - Comparação da PAE global do PC com as competências demonstradas pelo PC

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1: Caracterização do PC quanto à idade em anos	61
TABELA 2: Caracterização sociodemográfica do PC	64
TABELA 3: Tempo de internamento da pessoa dependente em dias	65
TABELA 4: Caracterização da pessoa dependente do estudo quanto à idade.....	66
TABELA 5: Caracterização do nível de dependência global da pessoa dependente na admissão.....	66
TABELA 6: Caracterização do nível de dependência global da pessoa dependente na alta	66
TABELA 7: Caracterização da pessoa dependente quanto à situação de “ <i>acamado(a)</i> ”	67
TABELA 8: Caracterização do nível de dependência em cada domínio do autocuidado	68
TABELA 9: Valores de <i>alpha de cronbach</i> (α) para o instrumento “ <i>Avaliação da percepção da autoeficácia do prestador de cuidados para cuidar do dependente</i> ” (ESEP, 2010)	72
TABELA 10: Caracterização da pae do pc relativamente a cada autocuidado na admissão	73
TABELA 11: Caracterização da pae do pc relativamente a cada autocuidado na alta	74
TABELA 12: Caracterização da PAE do PC relativamente a cada autocuidado no momento da admissão e no momento da alta.....	78
TABELA 13: Comparação da PAE do PC na alta com a PAE do PC na admissão	79
TABELA 14: Correlação da variável PAE do PC com os atributos do PC, do DP, tempo de internamento e dependência global na admissão e na alta.....	85
TABELA 15: Diferenças da PAE Global do PC na alta quando comparadas com os atributos do PC	86
TABELA 16: Comparação da PAE Global do PC com as competências demonstradas pelo PC	88
TABELA 17: Diferenças da PAE Global do PC na alta quando comparadas com os atributos do PC	157
TABELA 18: Comparação da PAE Global do PC com as competências demonstradas pelo PC	161

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1: Exigências da situação de doença (Schumacher et al., 2006).....	29
QUADRO 2: Cinco modelos de planeamento de alta hospitalar (Walker et al., 2007).....	36
QUADRO 3: Intervenção para planeamento da alta (Walker et al., 2007).....	37
QUADRO 4: Guia orientador para a avaliação do PC (Family Caregiver Alliance, 2006)	39
QUADRO 5: Quadro representativo das variáveis em estudo	56
QUADRO 6: Quadro representativo das variáveis atributo do estudo.....	57
QUADRO 7: Esquema representativo da população do estudo e dos momentos de colheita de dados	60
QUADRO 8: Desenho do estudo	133

RESUMO

AVALIAÇÃO DA PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA (PAE) DO PRESTADOR DE CUIDADOS

A mudança no perfil demográfico da população nos países desenvolvidos determinou novos problemas e necessidades, resultantes da situação de duplo envelhecimento; mudanças no perfil das patologias, aumento das doenças crónicas e degenerativas com aumento das situações de dependência e de fragilidade que requerem apoio familiar e social. A “escolha” de alguém para assumir a responsabilidade de tomar conta da pessoa dependente causa um impacto económico e social que altera a estrutura familiar. Neste sentido, uma área de grande relevância de estudo tem sido o processo de aprendizagem do prestador de cuidados (PC) para tomar conta da pessoa dependente. A autoeficácia, como a confiança do indivíduo acerca da sua capacidade para realizar com sucesso determinada atividade, pode ser determinante para o desempenho do papel de PC, pelo que se desenvolve o presente estudo.

Objetivos: Descrever a percepção de autoeficácia (PAE) do PC sobre a sua capacidade para tomar conta de pessoas dependentes; relacionar a PAE do PC com as características do PC e da pessoa dependente.

Método: Estudo de carácter exploratório e descritivo, transversal com dois momentos de colheita de dados (admissão e alta hospitalar). Foi utilizado o Instrumento: *“Avaliação da percepção da autoeficácia do prestador de cuidados”* (ESEP, 2010). Amostra por conveniência constituída por 105 PC principais de pessoas dependentes no autocuidado internados no departamento de Medicina da ULS de Matosinhos, no período de 1/1/2011 a 1/9/2011.

Resultados: Dos PC (n=105) que integraram o estudo, 83,8% são do sexo feminino; 88,6% têm grau de parentesco direto com a pessoa dependente; em média o PC tem 59,1 anos e 25% destes PC tem idade igual ou superior a 68 anos com um máximo de 86 anos; 72,3% dos PC são domésticas, reformados e desempregados, o que permite à partida maior disponibilidade para tomar conta da pessoa dependente; 70,5% dos PC têm como escolaridade apenas o 1º ciclo; 70,5% dos PC têm problemas de saúde associados; 81,9% dos PC coabitam com o dependente; 78,1% dos PC tem mais dependentes a seu cuidado; 62,9% dos PC nunca tomaram conta de pessoas dependentes; 56,2% dos PC são a única pessoa que assume os cuidados de tomar conta. O instrumento *“Avaliação da percepção da autoeficácia do prestador de cuidados para cuidar do dependente”* (ESEP, 2010)

revelou ter uma boa consistência interna, registrando-se um *Alpha de Cronbach* da PAE Global para o autocuidado de 0,838. A análise comparativa da PAE global do PC do momento da admissão com a registrada no momento da alta permite verificar uma melhoria significativa da PAE ($p < 0,001$). A PAE melhorou em 46 PC, diminuiu em 8 PC e manteve-se em 2 PC, com $p > 0,001$ ($n=56$). A PAE global do PC ($n=105$) é influenciada pela idade do PC (quanto mais elevada for a idade do PC menor a PAE global do PC) e pelo nível de dependência global (quanto maior o nível de dependência global menor a PAE global do PC).

Conclusão: A avaliação da PAE permitiu conhecer o nível de confiança do PC para realizar as atividades de tomar conta do dependente. O conhecimento acerca da PAE do PC permite uma intervenção de enfermagem dirigida. Avaliar a PAE do PC é importante para ajudar o PC a adquirir confiança na sua capacidade para tomar conta da pessoa dependente.

Palavras-chave: *caregiver, caregiving, self-efficacy, prestador de cuidados, cuidador e autoeficácia.*

ABSTRACT

ASSESSMENT OF PERCEIVED SELF-EFFICACY OF THE CAREGIVER

The change in the demographic profile of the population in developed countries determined new problems and needs arising from the situation of double aging; changes in the profile of pathologies, increase of chronic and degenerative diseases with increase the situations of dependence and fragility requiring social and family support. The "choice" for someone to assume the responsibility to take care of the dependent person causes an economic and social impact that changes the family structure. In this sense, a very important area of study and nursing intervention has been the learning process from the caregiver to take care of dependent persons. The self-efficacy as an individual's confidence about their ability to successfully perform given activity can be crucial to the performance of the caregiver, and it develops this study.

Objectives: Describe the self-efficacy perception (SEP or PAE) of caregivers about their preparation to take care of dependent persons; correlate perceived self-efficacy of caregivers with the characteristics of the caregivers and the characteristics of the dependent person.

Method: Descriptive and exploratory study, a cross-sectional study with two moments of data collection, admission and discharge. The instrument was used: "Assessment of perceived self-efficacy of caregiver to take care of dependent" (ESEP, 2010). Sample for convenience of 105 PC main dependents in self-care admitted in ULS Medicine Department of Matosinhos, in the period from January 1st, 2011 to September 1st, 2011.

Results: The caregivers who have integrated the study (n=105), 83,8% of caregivers are female; 88,6% that have degree of direct kinship with the dependent person; on average the caregivers has 59,1 years old, 25% has 68 years or more in a maximum of 86 years old; mostly, 72,3% of caregivers have departing highest availability for taking care of another (housewife's, pensioners and the unemployed); 70,5% of caregivers are the only schooling 1st cycle of schooling; 70,5% of caregivers have associated health problems; 81,9% of caregivers cohabit with dependent; 78,1% of the caregivers has more dependents to your care; 62,9% of the caregivers does not have experience; 56,2% of the caregivers are the only person who assumes the cares. The comparative analysis of global perceived self-efficacy of caregiver at time of admission as recorded at the time of discharge

presents a significant improvement of the perceived self-efficacy of caregiver ($p < 0,001$). The study shows that in 46 caregivers the perception self-efficacy was improved, declined in 8 caregiver and remained in 2 caregiver, with $p > 0.001$ ($n=56$). Caregiver global perceived self-efficacy ($n=105$) was influenced by the age of caregiver (higher age is associated to a smaller caregiver global perceived self-efficacy) and by global dependency level (higher level of patient dependency is associated to less caregiver global perceived self-efficacy). The instrument "*Assessment of perceived self-efficacy of caregiver to take care of dependent*" (ESEP, 2010) assessed-if internal consistency, *Cronbach's Alpha* of Global self-efficacy perception found was 0,838 which reveal a great internal consistency.

Conclusion: The assessment of perceived self-efficacy allows caregiver to know how he believes in their ability to take care of the dependent person. This knowledge about perceived self-efficacy allows a nursing intervention directed to caregiver. It's important to assessing the perceived self-efficacy to prepare the caregiver, making believe in their ability to take care of the dependent person.

Keywords: caregiver, caregiving and self-efficacy.

INTRODUÇÃO

A presente dissertação insere-se no âmbito do I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), e tem como objeto de estudo a avaliação da perceção da autoeficácia da pessoa que desempenha o papel de prestador de cuidados (PC) de pessoas com dependência para o autocuidado.

Este estudo apresenta a autoeficácia do PC como foco principal, por esta ser considerada um dos fatores que mais influencia o desempenho de um PC para tomar conta da pessoa dependente. A teoria da autoeficácia defendida por Bandura (1977, 1986, 1997, 2008)¹, tem sido amplamente utilizada para explicar a autoconfiança no desempenho, traçando uma relação entre autoeficácia, motivação e desempenho.

A autoeficácia é considerada como o motor para um vasto e estável julgamento de competência pessoal para lidar efetivamente com uma grande variedade de situações indutoras de *stress* (Schwarzer & Scholz, 2000). A autoeficácia é considerada o mecanismo cognitivo que avalia a motivação do indivíduo para padrões de pensamento e conduta. As crenças de autoeficácia são a forma como o indivíduo constrói o julgamento acerca da sua capacidade para determinado nível de desempenho, pelo que, faz parte de um complexo processo cognitivo de auto persuasão.

A crença de autoeficácia, defendida por Bandura, Azzi & Polidoro (2008), influencia o nível de *stress* e ansiedade. Desta forma, altas crenças de autoeficácia ajudam a criar sentimentos de serenidade, fazendo com que o PC que se envolva em atividades que perceciona como complexas e consiga ultrapassá-las, encarando-as como desafios.

A literatura mostra que ter o PC com forte perceção de autoeficácia, convicção que é necessário e imprescindível ao bem-estar da pessoa dependente, evidencia um sentimento que é promotor de motivação para manter os esforços necessários para que seja bem-sucedido nos objetivos delineados para assegurar as

¹ Todas as traduções do presente documento são da inteira responsabilidade da autora.

necessidades em autocuidados da pessoa dependente. Aponta para a importância de manter elevados níveis de perceção de autoeficácia, desde que realistas, de forma a promover e manter o nível de motivação alta para o bom desempenho do papel de PC. Este desempenho poderá refletir-se no bem-estar da pessoa dependente, na redução de complicações inerentes à condição de dependência, na redução dos reinternamentos, no bem-estar do PC (que não identifica as necessidades da pessoa dependente somente como fonte de stresse e sobrecarga, mas como um desafio que deseja ultrapassar, cultivando um sentimento de utilidade para com o outro que precisa de si).

A promoção das capacidades do PC para tomar conta da pessoa dependente, merece uma atenção especial do enfermeiro, pois trata-se de investir na promoção da autoeficácia percebida do PC, reforçando a confiança no seu desempenho, permitindo-lhe executar tarefas novas ou difíceis, fixando metas, investindo esforços e/ou lutando contra as adversidades (Bandura, 1977, 1986, 1997, 2008; Schunk, 1995; Schwarzer et al., 2000).

A avaliação da perceção da autoeficácia do PC, ao longo das diferentes fases e contextos permite ao enfermeiro perceber qual a confiança do PC para responder às necessidades da pessoa dependente. Pelo impacto que traz esta mudança na vida das pessoas envolvidas, é importante a preparação, não só da pessoa que vive a transição de doença, como também, a preparação da pessoa que vive a transição para o papel de PC (Meleis, Sawyer, Messias & Schumacher, 2000; Family Caregiver Alliance, 2006; Schumacher, Beidler, Beeber & Gambino, 2006; Walker, Hogstel & Curry, 2007; Whitlatch, 2008).

Meleis et al. (2000) abordam o conceito de transição como algo presente em todo um percurso de vida, através de eventos que ocorrem ao longo do ciclo vital como episódios de transição, considerando que em períodos de transição os indivíduos encontram-se mais vulneráveis.

Serra (2007) refere que todos os indivíduos, todos os dias executam um determinado número de tarefas para as quais se desenvencilham com relativa facilidade, isto porque tiveram oportunidade de as aprender e quando se deparam com situações idênticas habitualmente ultrapassam-nas sem ter que pensar muito. No entanto, quando a vida sai da rotina, exige um processo de adaptação, quando a situação com que se deparam já foi experimentada numa outra altura e a ultrapassaram com sucesso, então utilizam estratégias idênticas. Se a situação surge como difícil de ser ultrapassada, o indivíduo entra em stresse, sente que não tem aptidões nem recursos (pessoais ou sociais) para a superar esta situação que para si é importante e desenvolve a perceção de não ter controlo da situação, não

ter capacidade de lidar com a situação, o indivíduo sente-se em stresse pela sua perceção de incapacidade perante a nova situação. Encontra-se perante uma forte fonte de baixa perceção de autoeficácia (Bandura, 1977, 1986, 1997, 2008). Este contexto descrito pelo autor observa-se, também, nas pessoas que desempenham o papel de PC a pessoas dependentes para o autocuidados.

Naylor(1994) refere que na transição do hospital para casa, os PC sentem inúmeras dificuldades em lidar com as várias necessidades dos doentes. Given, Sherwood & Given (2008) referem que o papel de PC actualmente assume-se como complexo e multifacetado, em que competências que foram em tempos associadas ao cuidado por profissionais de saúde têm agora de ser dominadas por membros da família. Desta forma, a preparação do indivíduo que assume tomar conta da pessoa dependente, conduz a uma aprendizagem que lhe permite lidar com a nova situação e gradualmente esta passará a ser encarada como integrada na sua vida quotidiana, deixando de ser fonte de stresse e de baixa perceção de autoeficácia (Serra, 2007; Bandura, 1977, 1986, 1997, 2008).

Numa tentativa de dar resposta à crescente complexidade das necessidades do PC têm sido desenvolvidos esforços para que o processo de aprendizagem seja mais eficaz durante o internamento (Grimmer, Moss & Gill, 2005; Sequeira, 2007; Walker et al., 2007; Given et al., 2008).

Schumacher et al. (2006) descrevem a perícia do PC em nove processos de atendimento exigindo competências psicomotoras, cognitivas e psicológicas. Para o desempenho do seu papel de PC, estes utilizam comportamentos direcionados a objetivos definidos, com base em conhecimentos, experiência, estilo e personalidade (Given et al., 2008). A personalidade é considerada a base de motivação para a perceção de autoeficácia do PC na aquisição de competências que lhe permitem tomar conta da pessoa dependente (Bandura, 1986; Schunk, 1995).

Segundo Bandura (1997), a autoeficácia é uma importante componente da motivação, na medida em que avalia o desempenho de uma pessoa em determinado contexto, tendo consequências diretas na aquisição e mudanças de comportamento. Assim, a perceção das pessoas acerca das suas capacidades afeta o seu comportamento, o seu nível de motivação, o seu padrão de pensamento e a sua reação emocional. Pelo que a perceção de eficácia pode ter efeitos adversos no comportamento, nos padrões de pensamento e nos aspetos emocionais (Ribeiro, 2004).

Do exposto, compreende-se a importância de explorar a forma pela qual a crença de autoeficácia se cria e desenvolve. Sabe-se que existem quatro principais

fontes de informação (Schunk, 1995; Bandura et al., 1986, 1997, 2008), que são: as **realizações pessoais sustentadas pelas experiências da própria pessoa** (são a fonte mais forte de crença de autoeficácia), experiências de sucesso aumentam-na e, pelo contrário, experiências de fracasso diminuem a crença de autoeficácia; **a experiência por observação**, quando se observa o outro no seu desempenho, pode ajudar a pessoa a perceber que também pode ser capaz; **a persuasão social/verbal** é uma estratégia simples e sempre disponível, muito utilizada para estimular as pessoas a enfrentar a necessidade acreditando ter capacidade para o conseguir com sucesso; **as respostas emocionais** condicionam e o estado físico e emocional da pessoa, pelo que eventos críticos desencadeiam situações de stresse que podem ter repercussões físicas e emocionais condicionando a crença de autoeficácia.

O PC constitui-se um recurso para a família/comunidade dado as alterações demográficas que se tem vindo a assistir nos últimos anos, com o prolongamento da esperança de vida, que se traduz num envelhecimento gradual da população e se reflete num aumento significativo de mudanças e de pessoas vulneráveis. Estas mudanças referem-se não só à pessoa que gradualmente ou subitamente se torna dependente pelo prolongamento da vida, mas também às dos familiares próximos, que têm novas necessidades sociais/familiares/organizacionais, assim como, de desempenhar novos papéis. Segundo a OMS, relativamente ao envelhecimento no mundo, é previsível para Portugal que o número de idosos, nos próximos 25 anos possa ultrapassar o dobro de jovens. O aumento da proporção da população idosa, conjuntamente com o decréscimo da população em idade ativa, origina um agravamento do índice de dependência de idosos. Assim, em 2006 estimou-se que por cada 100 indivíduos em idade ativa que residiam em Portugal existem cerca de 26 idosos, com 65 e mais anos de idade. Em 2025 o valor poderá ascender a 34 e em 2050 a 58 idosos por cada 100 indivíduos em idade ativa (INE, 2008).

Decorrente do envelhecimento da população e do aumento da prevalência de complicações de saúde crónicas originam novos desafios aos sistemas de saúde, nomeadamente um esforço das organizações hospitalares na preparação do PC para tomar conta de dependentes no seu domicílio.

O presente estudo, centrado na perceção de autoeficácia do PC iniciou-se recorrendo a uma revisão da literatura: livros, revistas e a bases de dados indexadas (EBSCO Host e PubMed), utilizando as seguintes palavras-chave em inglês: *caregiver, caregiving, self-efficacy* e em português: *prestador de cuidados, cuidador e autoeficácia*.

Da revisão da literatura encontrou-se estudos no domínio do PC cujo início da investigação ronda os anos 70, mais relacionados com o efeito dos cuidados prestados pelo PC, relacionando-os com o efeito que provocam na saúde mental do PC e no seu bem-estar. Por volta dos anos 90, alguns investigadores como Perlin, Mullan, Semple & Skaff (1990), propõe que a prestação de cuidados de um membro da família fosse vista como um contínuo, como uma transição. Somente estudos mais recentemente visam a vertente da perceção de autoeficácia do PC e o impacto na qualidade dos cuidados e no seu bem-estar (Northouse, Katapodi, Song, Zhang & Mood, 2010; Merluzzi, Philip, Vachon & Heitzmann, 2011; Harmell, Chattillion, Roepke & Mausbach, 2011a; Hendrix & Landerman, 2011; Savundranayagam, Montgomery, Kosloski & Little, 2011).

A presente dissertação encontra-se dividida em quatro capítulos, de forma a apresentar de forma sistematizada o trajeto de investigação desenvolvido.

No primeiro capítulo, designado por enquadramento teórico, definem-se, os conceitos base do estudo, aborda-se a problemática da transição para o papel de PC; características e/ou fatores que podem influenciar a atividade de tomar conta da pessoa dependente, bem como as dificuldades com que o PC se depara e, por fim, uma reflexão sobre as estratégias que permitem sistematizar a preparação do PC no regresso a casa da pessoa dependente.

No segundo capítulo, procede-se ao enquadramento metodológico onde se apresentam as opções metodológicas que orientaram o estudo: justificação da relevância do estudo, paradigma que orienta o estudo, finalidade e objetivos, variáveis em estudo, população e técnica de amostragem, estratégias de recolha de dados e modelo de análise dos dados. Esta parte termina com uma reflexão sobre os aspetos éticos que envolveram o percurso desta investigação.

No terceiro capítulo, procede-se a caracterização da amostra dos prestadores de cuidados que participaram no estudo, complementando com a caracterização das pessoas dependentes dos PC, apresentam-se os resultados da avaliação da Perceção de Autoeficácia (PAE) do PC, com a análise descritiva e correlacional dos dados encontrados. Nesta parte, procede-se à análise dos resultados obtidos e à discussão dos mesmos.

No quarto e último capítulo, efetuam-se as considerações finais, realçando-se os resultados considerados mais relevantes. Para finalizar são formuladas algumas propostas tendo em conta o impacto que a avaliação da PAE do PC tem na preparação do PC, assim como o contributo da avaliação da PAE do PC para o planeamento da intervenção de enfermagem como estratégia de preparação para o regresso a casa.

CAPITULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O conhecimento próprio da Enfermagem só poderá advir do cuidar, ajudar o outro a ultrapassar as dificuldades e as transições que experimenta. Não descorando porém, como afirma Pereira (2006), que o cuidar não é exclusivo de enfermagem, sendo um conceito transdisciplinar, característicos das ciências humanas, particularmente daquelas que prestam um serviço efetivo nas sociedades.

O enfermeiro precisa de estar consciente que a sua área de conhecimento próprio é aquela em que atua (saúde ou doença), onde há ou poderá haver transições (mudanças, alterações) conscientes ou inconscientes de um ser humano ou grupo de seres humanos. Terá que ter em conta o indivíduo, como ser único, com crenças próprias, inserido numa família, grupo de amigos e numa sociedade.

“O respeito pela cultura na relação de cuidados, passa pela valorização do conhecimento das pessoas relativamente aos fenómenos que afetam, aos processos terapêuticos a que aderem, as doenças diagnosticadas que não valorizam, aos riscos de saúde que não provocam mudança de comportamento (...) Há valorização do saber da pessoa relativamente a processos de vida e de transição, que constitui uma base de conhecimento que o enfermeiro usa para lidar com a situação.” Silva (2001) cit. por (Silva, p. 14,2007)

O presente estudo teve por base um suporte teórico que o alicerçou, pelo que neste capítulo se procede ao enquadramento teórico em que a temática se insere. Inicia-se o capítulo clarificando alguns conceitos, posteriormente aborda-se a teoria que concebe a vida como um *continuum vital* pontuada por eventos críticos que se traduzem em mudanças, transições e adaptação (Meleis, 2000), pelo que aqui se abordam aspetos da transição para o desempenho do papel de PC. Assim neste capítulo faz-se a análise de algumas particularidades dessa transição, assim como especificidades que condicionam a assunção do papel PC de uma pessoa dependente, realçando a relevância da mudança. Ainda, no enquadramento teórico procurou-se identificar o conhecimento produzido acerca das terapêuticas de enfermagem que permitem contribuir para uma melhor preparação do PC para tomar conta da pessoa dependente; procura-se estabelecer uma analogia entre as particularidades do PC para tomar conta da pessoa dependente com a perceção de autoeficácia deste. Termina-se o capítulo com o reconhecimento dos estudos mais

recentes acerca do PC em que se aborda a perspetiva da percepção da autoeficácia sob diferentes óticas.

1.1 - Definição De Conceitos

Para que na leitura desta dissertação se torne mais clara a interpretação dos termos utilizados considerou-se importante definir alguns conceitos que contribuem para esclarecer eventuais incertezas e subjetividades acerca dos mesmos.

1.1 1 - Prestador De Cuidados

Ser prestador de cuidados pressupõe a existência de uma pessoa com dependência que justifique a necessidade de alguém assumir esse papel, culturalmente tende a ser um elemento da família a assumir a atividade de tomar conta do seu ente próximo ou mais raramente um amigo ou vizinho. Esta atividade de tomar conta, tem sido designada como o desempenho do papel do prestador de cuidados.

Prestador de cuidados é um “Indivíduo com as características específicas: Aquele que assiste na identificação, prevenção, ou tratamento da doença ou incapacidade, aquele que atende às necessidades de um dependente.” (ICN, 2005, 2011). Quando o prestador de cuidados é um membro da família, define-se “Prestador de Cuidados com as características específicas: Responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família.” (ICN, 2005, 2011).

Sendo o prestador de cuidados aquele que toma conta de uma pessoa dependente, Tomar conta é a “*Acção Executada pelo Próprio (...) de providenciar cuidados quando necessários, apoiando todas as idades e tipos de necessidades básicas, frequentemente associado a educação, estimulação ou sustento.*” (ICN, 2011)

Schumacher et al. (2006) definiram prestação de cuidados por familiares como um processo familiar que ocorre em resposta a uma doença e engloba

múltiplos processos cognitivos, comportamentais e interpessoais. Cada um destes processos tem manifestações ou subprocessos relativamente observáveis. Os prestadores de cuidados familiares usam estes processos para responder às exigências de uma situação de doença, tendo em conta o padrão de cuidados da dupla prestador de cuidados e pessoa dependente.

Para a Family Caregiver Alliance (2006) ser prestador de cuidados não se limita apenas às relações familiares, está amplamente definido e refere-se a qualquer parente, parceiro, amigo ou vizinho que tem uma relação pessoal ou significativa, e fornece uma ampla gama de assistência para uma pessoa mais velha ou um adulto com uma condição crónica ou incapacitante. Este PC pode ser primário ou secundário, viver com ou separadamente da pessoa dependente.

No desenvolvimento do trabalho o termo Prestador de Cuidados (PC) será utilizado com o mesmo significado, não distinguiremos o PC familiar ou não familiar.

1.1.2 - Competência

Competência é sinónima de habilidade, capacidade, proficiência, mestria. Habilidade (do latim *habilitate*) é o grau de competência de um sujeito concreto frente a um determinado objetivo. Segundo Bortef & Perrenoud (1999) é a capacidade da pessoa em mobilizar as suas habilidades (saber fazer), os seus conhecimentos (saber saber) e as suas atitudes (saber ser) para solucionar determinada situação que é problema.

Schumacher et al. (2006) definiram competência da prestação de cuidados por familiares como a capacidade de responder efetivamente e suavemente às exigências da doença e ao padrão de cuidados usando estes processos, competência é uma propriedade da prestação de cuidados que varia entre PC e dentro dos PC ao longo do tempo. Referem que essas capacidades são influenciadas por múltiplos fatores, assim, segundo estes, a competência de prestação de cuidados não é um conceito livre de contexto, mas uma interação entre o processo de prestação de cuidados usados e o contexto da prestação de cuidados.

1.1.3 - Transição

Meleis et al. (2000) abordam o conceito de transição como algo presente num percurso de vida, num *continuum* do ciclo vital. Segundo os autores, a transição é uma passagem ou movimento, estado, condição ou lugar para outro. Consideram os eventos que ocorrem ao longo do ciclo vital como episódios de transição, assim como as condições que estão associadas a estes. Os indivíduos em transição tendem a ser mais vulneráveis aos riscos circundantes, pois esta mudança de um estado para o outro pode despoletar stresse, instabilidade, insegurança ou ruturas do ciclo vital. Assim, Meleis et al. (2000) consideram transições do tipo situacional como transições associadas a situações de doença e associadas, também, à vivência de um papel em determinado momento da vida como a situação da assunção do papel de prestador de cuidados.

A autora realça a importância do conceito de transição para a prática de enfermagem, considera-o um conceito central que, segundo as bases conceptuais é descrito como mudança que influencia a vivência de um indivíduo. A maioria das transições ocorre em momentos de viragem que são considerados eventos críticos, cujo objetivo é a estabilização: em novas rotinas, estilos de vida e atividades de autocuidado.

1.1.4 - Autoeficácia

Autoeficácia é a crença que um indivíduo tem acerca da sua capacidade para realizar com sucesso determinada atividade. Assim, esta crença pode afetar as escolhas do indivíduo. Segundo Bandura (1986, 1997, 2008) é o julgamento do sujeito acerca das suas capacidades para organizar e executar os trajetos de ação necessários para atingir determinados tipos de desempenhos. A percepção de autoeficácia não se refere só às competências que o sujeito possui, mas aos julgamentos do indivíduo acerca do que pode fazer, quaisquer que sejam as competências que possua. Pelo que ter competências é diferente de as saber utilizar. Não se trata de possuir ou não tais competências, não basta que estejam presentes, mas sim, que a pessoa acredite que as possui (Bandura, 1986; Le Boterf, 2003).

Conceptualmente autoeficácia tem sido amplamente estudada desde 1977 por Bandura (embora os seus primeiros trabalhos datem de 1950). Na conceção de Bandura (1977, 1986, 1997, 2008), a autoeficácia é o mecanismo chave para a composição da agência humana. Para ele, a Teoria da autoeficácia insere-se na Teoria social cognitiva (TSC), na medida em que explica o comportamento humano através de um modelo de reciprocidade de uma trilogia, em que o comportamento, os fatores pessoais e o ambiente externo atuam entre si de forma interativa e recíproca. O comportamento humano é a expressão de uma relação de constantes interações recíprocas entre o indivíduo e o meio, pelo que, se pode entender que o ser humano tem a capacidade de controlar o seu comportamento por meio de processos cognitivos, os quais, influenciam o seu próprio meio, os estados biológicos, afetivos e cognitivos. Dai a importância da autoeficácia como componente da motivação, dado que a pessoa avalia o próprio desempenho em determinado contexto, com consequências diretas na aquisição e mudanças de comportamento.

1.2 - A Transição Para O Papel De Prestador De Cuidados

A necessidade de muitas pessoas viverem a transição para o papel de PC por necessitarem de tomar conta de uma pessoa dependente é uma tendência mundial, fruto do prolongamento da vida.

Os enfermeiros têm desenvolvido esforços para dotar o PC de conhecimentos, habilidades e estratégias que lhe permita assegurar a continuidade de cuidados à pessoa dependente, maximizando o seu potencial de autonomia ou proporcionando-lhe uma vida com conforto. Neste trajeto de aprendizagem estão envolvidas inúmeras variáveis que se podem ir alterando ao longo da transição. Das variáveis com maior importância no processo de aprendizagem identifica-se as características individuais e a motivação (Schunk, 1995). A autoeficácia integra as características individuais aqui mencionadas, como a confiança que o indivíduo sente no trajeto que tem pela frente, ou seja, a confiança para o desempenho do papel de PC adequado para tomar conta da pessoa dependente, pelo que é

referida como impulsora da persistência e mediadora da aprendizagem (O'Leary, 1985; Bandura, 1986, 1997, 2008; Schunk, 1995, Schwarzer et al., 2000).

Reconhecer as fases pelas quais passa uma pessoa que necessita de assumir o papel de PC permite ponderar e planear a sua preparação tendo em conta as suas características e as características da pessoa dependente, considerando o tempo de internamento previsível, estabelecendo prioridades na informação e formação de acordo com os problemas identificados.

A transição para o papel de PC traz alterações que afetam a vida familiar. Esta alteração de papéis pode tornar-se angustiante, quer pelo envolvimento afetivo que normalmente há entre a pessoa dependente e o PC, quer por toda a alteração de papéis em que dupla se vê envolvida, quer ainda por alterações a nível relacionamento social que podem levar a um isolamento social, nomeadamente em relação ao contacto com amigos e vizinhos o que pode levar à solidão, à frustração e a elevados níveis de stresse. Esta sobrecarga está muitas vezes relacionada com fatores emocionais, económicos e sociais.

No atual “*estado da arte*” sabe-se que, com o PC bem preparado se poderá dar uma resposta eficaz às necessidades da pessoa dependente e melhorar a perceção de eficácia do PC acerca do seu desempenho para tomar conta da pessoa dependente.

Meleis et al. (2000) com o propósito de gerar uma teoria fundamentada sobre “*familiares com papel de cuidadores*” cujo objetivo foi identificar o modelo de funções a adquirir e que condições condicionam esse modelo, realizaram um estudo que inclui a dupla PC e pessoa dependente. O objetivo principal é compreender a transição do familiar para o papel de PC. Segundo o modelo conceptual da teoria das transições de Meleis et al. (2000), a natureza da transição pode ser caracterizada pelos seguintes elementos: tipo, padrão e propriedades das experiências de transição, que caracterizam a natureza das transições; são valorizadas as condições em que a transição se efetua, que podem ser facilitadoras ou pelo contrário inibidoras; os indicadores de processo e resultado caracterizam os padrões de resposta e por fim as intervenções de enfermagem.

À luz da teoria das transições de Meleis et al. (2000), a transição para o papel de PC é de natureza tipo situacional em que este se depara com a situação de ter uma pessoa dependente que tem que tomar conta, que implica uma reestruturação de papéis. Relativamente ao padrão de transição, pode ser uma transição simples, se implica só a reestruturação de papéis ou múltipla, se ocorre em simultâneo com outro tipo de transição, como por exemplo uma transição desenvolvimental do PC que, também ele pode encontrar-se num processo de

envelhecimento. Dependerá certamente do nível de dependência da pessoa e dos cuidados necessários e da sua própria vivência da transição. A vivência desta transição depende das propriedades que a condicionam, como: consciencialização, envolvimento na transição, mudança, espaço temporal da transição, acontecimento e eventos críticos. Os padrões de resposta a uma transição para o papel de PC podem divergir. Relativamente a estes, Meleis, et al. (2000) subdivide-os em indicadores de processo e de resultado. Sendo que os indicadores de processo se referem às mudanças que são vivenciadas ao longo do tempo no processo de transição para o papel de PC. Considerando que este progressivamente vai estar mais envolvido, consciencializando-se da sua responsabilidade, vai desenvolvendo competências enquanto interage e interagindo para aumentar competências que lhe permitem desenvolver a sua confiança e ao mesmo tempo facilitar e promover mecanismos de *coping*. Sendo estas novas competências e a assunção efetiva do papel de PC os indicadores de resultado. Ao longo deste processo salienta-se a importância do contexto em que se desenvolve a transição, tendo em conta as condições e as condicionantes da mesma. Não se pode deixar de dar ênfase à importância fulcral da intervenção de enfermagem e das terapêuticas de enfermagem ao longo das diferentes fases do processo “acionando mecanismos internos e externos” que permitem ao PC vivenciar esta transição da forma mais favorável possível.

A resposta do PC está diretamente relacionada com o tipo de resposta da pessoa dependente à sua situação de doença, nomeadamente a resposta emocional ao diagnóstico de doença. As capacidades físicas e cognitivas do doente influenciam a sua resposta à doença. Os conhecimentos da pessoa doente relativamente a estratégias para os autocuidados, na procura de informação, assim como as experiências anteriores de doença influenciam decididamente a resposta deste à transição (Schumacher et al., 2006).

As respostas do PC à transição foram definidas por Schumacher et al. (2006), como o uso de processos de prestação de cuidados específicos em resposta às exigências da situação de doença e ao padrão de cuidados. As respostas dos PC variam em relação às exigências da doença e aos padrões de cuidados, são moldadas pelas qualidades pessoais do PC. Os autores identificam 6 qualidades pessoais que influenciaram a forma como o PC encara o seu desempenho para tomar conta da pessoa dependente, são qualidades cognitivas, comportamentais e interpessoais que abarcam: (1) as emoções, (2) as capacidades físicas, (3) as capacidades cognitivas, (4) os conhecimentos sobre como tomar conta, (4) a experiência anterior, (5) as definições pessoais do PC acerca do tomar

conta do dependentes e (6) a predisposição para tomar conta da pessoa dependente.

Ao longo da pesquisa identificaram-se múltiplas qualidades e/ou características que influenciam o desempenho do papel de PC. Passa-se a abordar algumas das mais referidas:

- 1) O **conhecimento** é uma das características que mais influencia a transição, está relacionado com a consciência, com a percepção e reconhecimento da experiência de transição. Tomar conta de uma pessoa dependente engloba uma vasta série de processos e subprocessos cognitivos, comportamentais e interpessoais (Meleis et al., 2000; Schumacher et al., 2006, 2008), onde se integra a percepção de autoeficácia como característica individual (Bandura, 1986, 1997, 2008). Segundo Schumacher et al. (2006), as capacidades cognitivas para a prestação de cuidados por familiares pressupõem uma capacidade de processar e reter grandes quantidades de nova informação o que implica uma boa memória e capacidade de concentração. Perceberam que os PC com dificuldades cognitivas procuravam ajuda da enfermeira ou outros membros da família. Detetaram situações em que o stresse e privação do sono desempenharam um papel inibidor das capacidades cognitivas do PC, o que poderia afetar o envolvimento no processo de aprendizagem do desempenho do seu papel. O conhecimento básico que os PC utilizam para tomar decisões e resolver problemas fornecem alicerces para o desenvolvimento e melhoria das competências (Bandura, 1977, 1986, 1997, 2008; Schunk, 1995; Meleis et al., 2000; Shyu, 2000; Steffen, McKibbin, Zeiss, Gallagher & Bandura, 2002; Grimmer, et al., 2005; Schumacher et al., 2006; Family Caregiver Alliance, 2006; Walker, et al., 2007; Given et al., 2008; Hendrix et al., 2011).
- 2) Os **estados emocionais** são um fator marcante para a transição. Bandura (1977, 1986, 1997, 2008) refere que em estados emocionais “stressantes” há menor probabilidade de um desempenho bem-sucedido, implicando uma menor autoeficácia percebida. Contudo as reações emocionais variam muito de PC para PC, alguns utilizam rapidamente estratégias para enfrentar e gerir as suas emoções e começam a responder às exigências da situação, outros porém, ficam transtornados e têm dificuldade em assumirem o desempenho do seu papel (Schumacher et al., 2006; Given et al., 2008).
- 3) O **envolvimento** do PC com o dependente pode ser preponderante para a transição, a natureza do envolvimento partilhado nos cuidados relacionados com a doença, o grau de envolvimento nos processos inerentes à transição

e respetivo ajustamento, uma vez que inclui tanto a prestação de cuidados pelo PC como o autocuidado da pessoa dependente (Meleis et al., 2000; Shyu, 2000; Hanson, 2005; Schumacher et al., 2006, 2008; Whitlatch, 2008). Schumacher, Stewart, Archbold, Caparro, Mutale & Agrawal (2008) realizaram um estudo correlacional, descritivo com o objetivo de testar um modelo teórico cuja hipótese considerava três variáveis da execução do papel de PC: procura de cuidados, interação entre parceiros com reciprocidade e competência para o cuidar. Neste estudo, fazem uma abordagem à Teoria Interacionista que enfatiza conceitos relacionados com a execução do papel do PC, incluindo as tarefas e comportamentos que compõem esse papel, a forma da interação entre parceiros, o que recebe e o presta os cuidados. Os autores referem que esta teoria produz uma perspetiva complementar às teorias de stresse e *coping*. No entanto, teorias do stresse e *coping* preveem menos interação com os membros da família, as teorias de stresse e *coping* vêem o cuidado como uma fonte de stresse, e não como um complexo e interessante fenómeno. A abordagem da teoria interacionista centra-se no papel do PC, em como ajudar os PC no seu desempenho e enfatiza a interação entre PC e pessoa dependente. Aplicando estes conceitos, definiram padrões de comportamento como: “*demand*” - procura de cuidados (tempo gasto nas tarefas e comportamentos que compreendem os cuidados); “*mutuality*” - a interação entre parceiros como reciprocidade (a qualidade da relação entre PC e pessoa dependente); “*preparedness*” como preparação antecipada e a aptidão do PC (preparação para desempenho das atividades para tomar conta e a disponibilidade percebida para o desempenho do papel de PC). Neste estudo a percepção de reciprocidade no PC e pessoa dependente teve um efeito persuasivo nos resultados, realçando a importância da relação de ambos.

- 4) O **espaço temporal** em que a transição ocorre, influencia a forma como esta é vivenciada e o enfermeiro tem um papel decisivo. A teoria das transições proposta por Meleis et al. (2000) defende que o encontro entre os clientes e os enfermeiros dá-se frequentemente durante os períodos transacionais, pelo que uma das funções do enfermeiro é ajudar as pessoas a gerirem os processos de transição, trabalhando em profundidade a natureza e as condições, de forma a promover intervenções que conduzam a respostas saudáveis e ao bem-estar. O foco central da enfermagem é facilitar as transições de vida aos clientes, família e comunidades ajudando-

os a identificar as mudanças impostas pela situação e a procura de novas possibilidades a partir das experiências de transição, facilitando o processo de aprendizagem de novos conhecimentos e o desenvolvimento de competências relacionadas com a experiência vivida (Meleis et al., 2000; Shyu, 2000). O tempo que a pessoa e ou família tem para viver a transição vai condicioná-la, dependendo se é vivida de forma súbita ou gradual, cujo tempo de preparação e interiorização da mudança varia. Segundo Hanson (2005) o percurso da doença pode ser progressivo, constante ou recorrente, o que leva a diferentes tipos de adaptabilidade, na qual o espaço temporal em que ocorre a transição é determinante.

- 5) A **coabitação** do dependente com o PC é um fator determinante para a transição, assim como para a qualidade dos cuidados, pois quando o PC coabita com o dependente possibilita-lhe um reconhecimento mais detalhado das reais necessidades, os PC com menos proximidade tendem a ter menos oportunidades de envolvimento do que aqueles que viviam na mesma casa e reconhecer as exigências dos cuidados. A coabitação melhora o envolvimento e pode melhorar a tomada de decisão, pois há PC e pessoas dependentes que não se compreendem, nem conhecem as preferências um do outro (Schumacher et al., 2006; Sequeira, 2007; Whitlatch, 2008).
- 6) As **exigências da doença**, a incapacidade resultante da doença, presente ou previsível podem influenciar a forma como a família se envolve e ajusta à situação de transição. A exigência, a complexidade, a frequência, a eficiência e a quantidade de tratamentos que o doente pode requerer, assim como a frequência e intensidade de sintomas que este pode apresentar podem condicionar a transição (Schumacher et al., 2006; Sequeira, 2007; Given et al., 2008). Schumacher et al. (2006) no decurso do seu estudo identificaram exigências da doença como um conceito importante que condiciona o desempenho o papel de PC, sistematizaram essas exigências em nove categorias, que se encontram ordenadas no QUADRO 1. A análise deste quadro reflete o quanto de complexo pode ser tomar conta de uma pessoa dependente e o quanto pode ser difícil para o PC ter confiança no seu adequado desempenho para fazer frente às necessidades da pessoa dependente.

QUADRO 1: Exigências da situação de doença (Schumacher et al., 2006)

Gestão de sintomas Dor Fadiga Dispneia Fraqueza	Apoio de nutrição Manutenção do peso Suplementos nutricionais Alimentação por tubos	Resposta a comportamentos de doença Desencorajamento Irritabilidade Raiva
Modificação de atividades usuais para a situação de doença Atividades sociais e recreativas Eventos familiares Responsabilidades referentes à casa Cuidados pessoais Trabalho	Cuidados interpessoais Promover o bem-estar emocional Trabalhar em conjunto com a pessoa doente Manter o sentido do eu do paciente Comunicar com a família alargada	Implementação de um regime de tratamento Procedimentos instrumentais Fazer/manter compromisso (incluindo transporte) Regime de medicação
Gestão de episódios de doença agudos Febre Vômitos Diarreia	Uso de recursos da comunidade e apoio informal Agências da comunidade Vizinhos, Co trabalhadores Terapias complementares e alternativas	Navegação no sistema de saúde Transferência de cuidados Coordenação dos cuidados Aquisição de informação e gestão Reembolso Defesa (justiça) Comunicação com o profissional de saúde

- 7) Outra condicionante da transição é a **capacidade física** do PC, principalmente quando as exigências da doença são muitas, quando o dependente é fisicamente pesado entre outros fatores concorrentes (Schumacher et al., 2006; Walker et al., 2007; Given et al., 2008).
- 8) O contexto **socioeconómico** em que a pessoa dependente e o PC se inserem influenciam a forma como a transição é vivenciada. Um dos aspetos que afetam o quotidiano da maioria dos PC é a dificuldade em gerir recursos os financeiros (Sequeira, 2007; Given et al., 2008). Muitos PC estão desempregados e sobrevivem dos recursos provenientes da reforma do idoso que, em muitos casos, são insuficientes para atender as necessidades básicas do próprio idoso (Vilela, 2006). Pesquisas mostram que as mulheres que são PC enfrentam consequências económicas graves, verificou-se que as mulheres de meia-idade (com idade entre 51 a 61 anos) que são PC dos pais apresentavam 2,5 vezes mais de probabilidade do que as que não são PC de acabar por viver na pobreza (Family Caregiver Alliance, 2006).

- 9) A **experiência anterior** de prestação de cuidados, segundo Schumacher et al. (2006) é uma das características que mais influencia os processos de prestação de cuidados. Muitos tipos de experiências de vida influenciam o desempenho do papel de PC, experiência de cuidar da pessoa dependente, experiência de cuidar de outra pessoa dependente, prestação de cuidados num papel ocupacional ou com a pessoa noutra situação de doença, ou com outro membro da família. Considerando que a experiência anterior faz parte de um conjunto de realizações pessoais de um indivíduo e que estas realizações pessoais são as mais importantes fontes de informação que influenciam a percepção de autoeficácia, as experiências anteriores de sucesso são grandes fontes de crença de autoeficácia, enquanto experiências de insucesso são fonte de menor crença de autoeficácia (Schunk, 1995; Bandura, 1977, 1986, 1997, 2008).
- 10) As **significações pessoais**, são o modo como mentalmente cada pessoa constrói a natureza do seu papel como PC, ou seja, o significado que cada PC atribui aquilo que ele considera tomar conta do dependente, portanto vai influenciar a forma como assume o seu desempenho. O PC possui crenças e valores que pode conduzir a assunção do seu papel de forma adequada ou não. A sua percepção de autoeficácia pode ser adequada ao seu efetivo desempenho na sua atividade de tomar conta da pessoa dependente ou pelo contrário pode estar desajustada das reais necessidades da pessoa dependente e ou capacidades do PC (Bandura, 1977, 1986, 1997, 2008). Segundo Schumacher et al. (2006), as definições do PC relativas à prestação de cuidados parecem determinar para onde eles dirigem a sua atenção e ações.
- 11) A **predisposição para cuidar** do PC está muito relacionada com características da personalidade. A aceitação do papel de PC, assim como o seu desempenho adequado está muito dependente do apelo natural que determinadas pessoas têm para dedicar a sua atenção ao outro e para a atividade de tomar conta (Schumacher et al., 2006). Outros autores chamam-lhe motivação, alguns indivíduos podem ter, outros não (Bandura, 1977, 1986, 1997, 2008; O'Leary, 1985; Schunk, 1995).
- 12) A **capacidade de comunicar** eficazmente é uma das mais importantes habilidades para o PC, quer para com os profissionais de saúde quer para comunicar com a pessoa dependente. Quando o PC tem facilidade em comunicar, consegue questionar, tirar dúvidas, favorecendo a tomada de decisão informada, a aquisição de conhecimentos, de capacidades

adequadas para tomar conta (Edwards & Chapman, 2004; Given et al., 2008).

- 13) **Competências para gerir o lar**, segundo Given et al. (2008) podem melhorar o desempenho do papel de PC a melhorar a função e segurança da pessoa dependente, os profissionais de saúde devem ajudar a compreender a melhor forma de modificar o meio ambiente de modo a torná-lo seguro e funcional e adquirir equipamentos e dispositivos auxiliares.
- 14) O **nível de instrução** pode interferir de forma significativa no processo de cuidar. Fonseca & Penna (2008), afirmam que no contexto do seu estudo a escolaridade dos PC influenciou a forma como compreenderam a informação fornecida pela equipa de saúde, considerou que pouca aprendizagem possa ter dificultado a compreensão dessa informação.

1.2.1 - A Mudança

A mudança é inevitável quando se vivencia uma transição (Zagonel, 1999; Meleis et al., 2000; Shyu, 2000; Schumacher et al., 2006). Uma situação de doença de um membro da família altera a estrutura da família refletindo-se a mudança nas relações e papéis dos membros da família. Schumacher et al. (2006) referem que para além do tumulto emocional vivido pelo doente e pelos membros da família, há mudança na alteração dos papéis e estilos de vida que colocam dificuldades à vida familiar. Assim, a família vê-se confrontada com a necessidade de desempenhar novos papéis e de se ajustar às novas exigências, que muitas das vezes desconhece e que vai tomando contacto à medida que vai experimentando a nova situação num clima emocionalmente desfavorável, o que pode comprometer a qualidade dos cuidados, num clima gerador de stresse (Serra, 2007).

Cuidar de um doente implica que o PC tenha de assumir novas funções e ajustar-se às mudanças que a condição de dependência produz.

Hathaway et al. (1987) cit. por Hanson (2005), realizaram um estudo cujo objetivo foi saber de que forma as atividades relacionadas com a saúde dos familiares PC foram alteradas pelo internamento, descobriram que estas pessoas alteraram as suas práticas de exercício físico, de sono, de nutrição e de descanso, pelo que a sua saúde piorou. No mesmo estudo essas pessoas quando questionadas sobre, o que poderia ser feito para as ajudar, referiram que uma atitude interessada por parte dos profissionais de saúde, aconselhamento,

atividades religiosas, a possibilidade de pernoitar no hospital, entre outros, facilitaria esta mudança.

Rolland (1988) cit. por Hanson (2005) descreveu cinco fases pelas quais as famílias passam durante a crise da doença:

- (1ª) Criar um sentido para a doença, que preserve um sentido de domínio sobre as suas vidas;
- (2ª) Sofrer pela perda da identidade da família antes da doença;
- (3ª) Avançar para uma posição de aceitação de mudança constante, mantendo à mesma um sentido de continuidade entre passado e futuro;
- (4ª) Trabalhar em conjunto para suportar a reorganização da crise de curta duração;
- (5ª) Desenvolver a flexibilidade familiar em relação aos objetivos futuros.

Shyu (2000) realizou um estudo exploratório que lhe permitiu compreender as diferentes fases pelas quais passam os membros da família na transição para o exercício do papel de PC, mostra a existência de diferentes necessidades em diferentes fases do processo de adaptação do PC na transição do hospital para casa até esse PC atingir um padrão estável de cuidar. Assim, identificou as seguintes fases:

(1ª) Fase de compromisso/ajuste - *“role engaging”*, ocorre antes da alta e do PC iniciar a fase de preparação e aceitação do novo papel, há uma maior necessidade de informação sobre condição de saúde do doente, monitorização de sintomas e intervenção, assistência nos autocuidados (com provável necessidade de suporte) e intervenção de emergência;

(2ª) Fase de negociação - *“role negotiating”*, ocorre depois da alta, é um período em que o PC não se sente estabilizado nas suas funções, há necessidade na aquisição de competências de ajuda nos cuidados diários, há desenvolvimento de mestria nos cuidados, ajuda na adesão do doente, intervenção sobre as emoções do doente (dificuldade em tornar o doente cooperante, nomeadamente na adesão ao regime terapêutico e comportamentos de procura de saúde), o PC necessita de apoio continuado (o doente muitas vezes tenta regressar a hábitos antigos o que cria insegurança no PC em que é necessário o apoio dos profissionais de saúde no sentido de adequar estratégias);

(3ª) Fase de resolução - *“role settling”*, ocorre depois de uma longa negociação, nesta fase o PC e a pessoa dependente já apresentam um padrão estável de interação, contudo nesta fase o PC começa a sentir as suas próprias necessidades (sentir-se compreendido, apreciado e apoiado).

Compreender estas fases apoia o enfermeiro na sua tomada de decisão, reconhecendo que é necessário abarcar não só para as necessidades imediatas, como também, para as necessidades potenciais que surgem com o desenrolar do percurso de transição até à estabilização do papel de PC.

1.3 - Planear O Regresso A Casa

É emergente interiorizar que o planeamento do regresso a casa se faz a partir da admissão, só assim é possível fazer frente às dificuldades do PC em lidar com as várias necessidades da pessoa dependente. A avaliação inicial feita durante a admissão, envolvendo a família e doente, é preponderante para a pessoa dependente e para o PC, permite adequar o planeamento dos cuidados de enfermagem, ajuda a prever os resultados do internamento desenvolvendo relações de solicitude e abertura no sentido de avaliar as necessidades da família e dar resposta a essas necessidades (Naylor, 1994; Zagonel, 1999; Meleis et al, 2000; Shyu, 2000; Driscoll, 2000; Maramba, 2004; Eija & Marja-Leena, 2005; Grimmer et al., 2005; Schumacher et al., 2006; Petronilho, 2007; Sequeira, 2007; Silva, 2007; Walker, et al., 2007; Given, et al., 2008).

O reconhecimento da importância do PC pelo enfermeiro, promovendo a consciencialização e confiança no seu adequado desempenho, revela-se importante na preparação do PC. Permite que o PC reconheça a sua responsabilidade na atividade de tomar conta da pessoa dependente e o impacto que o seu desempenho terá no bem-estar da pessoa dependente e seu próprio bem-estar (Meleis et al., 2000; Shyu, 2000; Maramba, 2004; Eija et al., 2005; Grimmer et al., 2005; Schumacher et al., 2006; Petronilho, 2007; Sequeira, 2007; Silva, 2007; Walker, et al., 2007; Given, et al., 2008). Bandura (1977,1986,1997,2008) dá ênfase à promoção da confiança para melhorar o desempenho, num processo cíclico em que a melhoria do desempenho alimenta o aumento da confiança.

É emergente colocar questões, refletir e incorporar a melhor evidência disponível no processo de tomada de decisão, para que o enfermeiro se muna de estratégias para otimizar a sua intervenção junto da pessoa dependente, do PC e família.

Tendo em conta os curtos internamentos que assistimos nos dias de hoje, torna-se pertinente estar atento às necessidades que surgem do impacto da doença, para uma rápida articulação do pensamento e tomada de decisão. Quais as possibilidades de otimizar o planeamento da alta é uma preocupação sempre oportuna (Naylor, 1994; Grimmer et al., 2005; Walker et al., 2007).

É crucial sistematizar e organizar os planos de alta de forma a garantir os maiores ganhos possíveis no menor tempo possível, constituindo uma prioridade para que o regresso a casa se efetue com sucesso uma vez que existe uma associação significativa entre a preparação da alta hospitalar e a qualidade de vida do PC (Grimmer et al., 2005).

O planeamento precoce deve envolver uma equipa multidisciplinar [(Joint Commission, 2005) cit. por (Walker et al., 2007)], envolve a preparação da pessoa dependente, o PC, a família, o recurso a uma lista completa da medicação com as indicações necessárias, essa lista deve ser comunicada ao PC no momento da alta, envolve assistente social e o enfermeiro para orientar a pessoa dependente e o PC para os recursos existentes na comunidade, é necessário que o enfermeiro se assegure que ambos compreendem as indicações do médico e esclareça as suas dúvidas, pois um inadequado planeamento da alta pode reduzir a adesão ao regime terapêutico, aumentando a probabilidade de reinternamentos. A possibilidade de complicações por inadequada preparação do PC conducentes a novos internamentos é fomentadora de fraca perceção de autoeficácia.

O planeamento do regresso a casa deve ser efetuado de forma individualizada e abrangente, dirigido às necessidades específicas de cada situação, promovendo a aquisição de capacidades do PC para tomar conta e fomentando a confiança no seu desempenho. Tendencialmente, quanto mais idoso for o individuo assiste-se a um aumento da probabilidade do número de necessidades o que torna o planeamento da alta num desafio para os profissionais. Idealmente, sempre que um idoso é internado o processo de admissão deve incluir uma avaliação completa da posição funcional, a capacidade para o autocuidado, capacidades cognitivas, visão, audição, suporte social, bem-estar psicológico, para que os serviços necessários possam ser assegurados na alta. Os idosos quando hospitalizados apresentam como principais perdas observadas a diminuição das capacidades em consequência de vários efeitos cumulativos, inclusive doença aguda, complicações iatrogénicas, “descontinuação da atividade”, ou seja síndrome de desuso. Walker et al. (2007) recomendam o *Acute Care for Elders (ACE) model* – especializado em cuidados específicos de geriatria. Defendem a importância da comunicação e a coordenação entre enfermeiros e assistentes sociais de forma a planearem a alta

tendo em conta as necessidades no regresso a casa de uma forma individualizada e a longo prazo. O enfermeiro tendo presente que quando há a transição para o papel de PC o seu foco de atenção passa a estar nas duas pessoas, quando o PC for um idoso, todas as especificidades já referidas deverão ser também dirigidas a este. É de esperar que nos casos dos PC mais idoso a destreza manual necessária para executar os procedimentos técnicos, a capacidade e resistência física necessária para os cuidados se encontrem, como é óbvio, comprometidos quer pela idade, quer pela probabilidade de, também eles terem patologias associadas, pelo que pode ser emergente solicitar apoio dos recursos comunitários, assim como um apoio dos enfermeiros na comunidade. Walker et al. (2007) fazem uma abordagem pormenorizada do que pode ser o planeamento da alta, fundamentado em vários modelos de planeamento da alta hospitalar, adequados a diferentes contextos (QUADRO 2).

A análise de cinco modelos permite ao enfermeiro que necessita de planear a alta, utilizar o modelo mais adequado ao contexto. A comparação dos cinco modelos permite compreender o essencial para o sucesso do planeamento da alta. Tendo em conta a sua pesquisa, Walker et al. (2007) sugerem um quadro de intervenções que podem orientar um planeamento de alta (QUADRO 3), segundo estes autores o acesso a uma checklist das intervenções para a preparação da alta pode facilitar esse planeamento.

Petronilho (2007) refere que o processo de ensino/treino do membro da família PC parece decisivo e importante como recurso na aquisição de competências, revelando-se de grande utilidade na adaptação ao desempenho do PC. Constatou a existência de diferentes formas das equipas de enfermagem prepararem o regresso a casa o que se reflete posteriormente na adaptação e desempenho do PC. Detetou que o acesso a suporte de papel dos principais procedimentos a realizar no domicílio reforça a aquisição e a solidificação de conhecimentos.

Contudo são poucos os PC com acesso a este tipo de informação, por isso, considera-se importante a intervenção do enfermeiro para que o regresso a casa seja sistematizado e profissionalizado. (Driscoll, 2000; Petronilho, 2007; Walker et al., 2007).

Qualquer que seja o modelo adotado pelo enfermeiro para gerir a transição, este deverá estabelecer uma boa relação constante e honesta de entreajuda com o doente e família. É imperativo que o enfermeiro/doente/família tenham consciência de toda transição, essa consciência da situação permite a interiorização, o desenvolvimento de mecanismos internos e externos para a resolução de

problemas, a procura de respostas para ultrapassar as necessidades da pessoa dependente, do PC e da família (Meleis et al., 2000; Shyu, 2000; Schumacher et al., 2006).

QUADRO 2: Cinco modelos de planeamento de alta hospitalar (Walker et al., 2007)

Acute Care for Elders (ACE) model - De acordo com os critérios, este é o modelo mais abrangente de planeamento da alta para idosos. O modelo recomenda um tratamento médico conservador. E a assistência ao doente preocupa-se e dá ênfase ao conforto e segurança do doente. Os idosos que têm frequentes hospitalizações apresentam um maior declínio das suas funções (diminuição da capacidade de autonomia nas AVD), o chamado síndrome de desuso. O objetivo principal deste modelo é prevenir a síndrome de desuso, incentiva os enfermeiros a avaliar o risco de queda, gerir a dor com menos sedação, aumentar a mobilidade, retirar restrições ou imobilizações (como cateteres urinários, soros). É necessário manter a capacidade funcional do idoso, pelo que é importante o enfermeiro ter habilidades para promover um regresso a casa bem-sucedido.

Panno JM, et al. Acute Care for Elders (ACE): a holistic model for geriatric orthopaedic nursing care. *Orthop Nurs* 2000; 19 (6): 53-60.

Nurses Improving Care for Healthsystem Elders (NICHE) model - Este modelo estabelece parâmetros de referência no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados ao idoso baseado em indicadores de prática baseada na evidência. **NICHE** é um planeamento de alta abrangente que inclui o **ACE**. O objetivo principal é aumentar os intervalos entre os reinternamentos. Os autores do modelo incentivam os enfermeiros a treinar com os doentes as atividades a realizar em casa, defendem a visita a casa e a oferta de um contacto telefónico para ajudar a orientar o regresso a casa imediato.

Fulmer T, et al, Nurses Improving Care for Healthsystem Elders (NICHE): using outcomes and benchmarks for evidence-based practice. *Geriatr Nurs* 2002, 23 (3): 121-7.

Circle of control (COC) model - O COC considera os fatores internos e externos do cuidado, envolvendo os idosos e família na tomada de decisão. O objetivo principal é envolver todos os participantes na questão para a tomada de decisão. Os autores deste modelo defendem que os enfermeiros devem ter em conta o contexto de vida dos clientes, inclusive as suas crenças de doença e saúde; o enfermeiro deve compreender as capacidades do idoso e do seu cuidador para saber qual a informação importante para a assistência em casa; deve ser avaliado o nível de envolvimento desejado pelo potencial cuidador; deve ainda promover a independência do cliente sem comprometer a sua segurança.

Popejoy L. Health-related decision-making by older adults and their families: how clinicians can help. *Gerontol Nurs* 2005; 31(9): 12-8.

Practice Improvement Cluster (PIC) model - O modelo PIC enfatiza a importância da comunicação quando um idoso é internado e colocado na transição de internado e eventual regresso a casa. O objetivo principal é facilitar a transição de forma segura. Uma checklist detalhada dos aspetos a abordar pode tornar a transição mais suave e segura. A checklist destaca a capacidade funcional, capacidade mental, cuidados à pele, risco de queda. Caixas apropriadas asseguram que dispositivos protésicos, como lentes, aparelhos auditivos, próteses dentárias, não se percam com tanta facilidade. O modelo defende a visita do enfermeiro para realçar e consciencializar a importância dos cuidados.

Cortes TA, et al. The transition of elderly patients between hospitals and nursing homes. Improving nurse-to-nurse communication. *J Gerontol Nurs* 2004;30(6):10-5.

Professional-Patient Partnership (PPP) model. Enfatiza a participação do cliente, o envolvimento da família, a colaboração interdisciplinar para o planeamento da alta. O objetivo principal do modelo é facilitar o planeamento da alta com um eficaz trabalho de equipa. Os resultados incluem o idoso e o cuidador para que este estejam melhor preparados para dirigirem os cuidados, que tenham a maior informação sobre a gestão de cuidados e de serviços disponíveis, tenham uma melhor compreensão sobre a situação de saúde, para que fiquem mais satisfeitos com os cuidados e para que permaneça menos dias no hospital se o reinternamento for necessário.

Bull MJ, et al. A Professional-Patient Partnership model of discharge planning with elders hospitalized with heart failure. *Apple Nurs Res* 2000;13(1):19-28.

QUADRO 3: Intervenção para planeamento da alta (Walker et al., 2007)

Intervenção de enfermagem para preparação da alta	
➤ Família	Conhecer o doente e a sua família, o mais breve possível após a sua admissão e envolvê-la no exercício de planeamento da alta.
➤ Coordenação e comunicação	Revisão diária do processo do doente para facilitar a coordenação e a comunicação. Recursos da comunidade Disponibilizar informações e contactos das organizações de apoio local para apoio ao idoso. Disponibilizar brochuras ou uma lista de contactos para serviços específicos. Disponibilizar uma lista e descrição dos locais de vários lares, casas, agências de saúde para aqueles que precisam de tomar uma decisão, incluindo recomendações e orientações sobre a forma de escolher adequada.
➤ Follow-up	Certificar se o doente e família têm um registo escrito de acompanhamento para recordar os acontecimentos, incluindo nomes, endereços, números de telefone, assistência em saúde e prestadores de serviços.
➤ Adaptações à idade	Em geral, impressões em negrito em papel amarelo fornecem indicações que serão úteis para o doente e família como: - Descrição de cada medicação que o doente está a fazer, assim como a sua finalidade, a posologia, administração segundo cronograma e possíveis efeitos adversos. - Informação sobre o prestador de cuidados, informação educativa sobre o envelhecimento e informação sobre grupos de apoio.
➤ Condição médica	Disponibilizar uma lista impressa de precauções específicas relacionadas com o diagnóstico do doente e condições após alta. Disponibilizar informação impressa indicando atividades que o doente deve realizar e aquelas que não deve (por exemplo, tomar banho, comer, exercício).

Petronilho (2007), no seu estudo constata que os conhecimentos dos PC estão muito aquém das necessidades de cuidados da pessoa dependente, mesmo na avaliação que faz no domicílio um mês após o regresso a casa e encontra PC com várias dificuldades por falta de conhecimentos. Verifica que alguns dos PC que tiveram uma entrevista de avaliação antes da alta, apresentam melhor desempenho do que aqueles que não a tiveram, o que leva a crer que esta entrevista pode contribuir para colmatar algumas falhas que ocorreram durante a preparação do PC, ou para o relembrar de aspetos importantes das atividades necessárias para tomar conta da pessoa dependente, nomeadamente para a prevenção de complicações.

Está nas mãos de enfermeiros que querem abraçar uma “*enfermagem com mais enfermagem*” (Silva, p. 12, 2007), cujo um dos seus focos de atenção passa por preparar o PC para o desempenho do seu papel de tomar conta da pessoa dependente, compreender como o PC se sente em relação às necessidades exigidas no seu desempenho, perceber quais são os aspetos das atividades exigidas para tomar conta da pessoa dependente em que o PC revela mais dificuldade ou sente mais insegurança e investir na preparação deste munindo-o de estratégias que fortaleçam a confiança nas suas capacidades para ultrapassar as situações mais complicadas como desafios e desenvolver fortes fontes de autoeficácia.

1.4 - Avaliação Do Prestador De Cuidados

Para que a pessoa dependente tenha os cuidados adequados às suas necessidades é necessário preparar o PC e avaliar as suas capacidades para o desempenho do seu papel de tomar conta da pessoa dependente.

A *Family Caregiver Alliance* (2006) refere que é importante manter o PC com capacidade para tomar conta das pessoas com dependência. A sua principal preocupação é que esta contínua necessidade da pessoa dependente do PC, sem um reconhecimento do valor das necessidades do PC, possa afetar emocionalmente o PC. Este facto poderá contribuir para uma menor capacidade para cuidar, colocando em causa os cuidados futuros. Por isso, torna-se fundamental ter um PC capacitado e com a perceção da sua utilidade pelo bem que faz ao outro. Para se aferir da sua capacitação é importante proceder à sua avaliação. Neste sentido, *Family Caregiver Alliance* (2006) reuniu peritos na área e fez sair linhas orientadoras (“*guidelines*”) para avaliação do PC, onde defendem a avaliação do PC como um processo sistemático de colheita de dados em que se salienta as necessidades de cuidados da pessoa dependente, as necessidades do PC, a família e os recursos económicos e sociais. Segundo estas orientações, à pessoa que se identifica como PC deverá ser oferecido um “*follow-up*”. A abordagem ao PC deverá ser realizada abarcando os temas que lhe são relevantes, abordando as suas preocupações. A avaliação deve obedecer a um

quadro conceptual estruturado e organizado, deve ter em consideração cada contexto e os principais focos de intervenção (QUADRO 4).

QUADRO 4: Guia orientador para a avaliação do PC (Family Caregiver Alliance, 2006).

Domínios	Construtos	
Contexto	<ul style="list-style-type: none"> • Relação do PC com o DP; • Ambiente físico (casa, instalações); • Situação doméstica (número de pessoas em casa, etc.); • Situação financeira; • A qualidade das relações familiares; • Duração dos cuidados; • Situação laboral (trabalho / casa / trabalho voluntário). 	
Perceção do PC em relação ao estado de saúde e estado funcional do DP	<ul style="list-style-type: none"> • Autocuidados com necessidade de supervisão; • Gestão, finanças, usar o telefone, etc.; • Necessidades psicossociais; • Défices cognitivos; • Problemas comportamentais; • Exames e procedimentos médicos. 	
Valores e preferências do PC	<ul style="list-style-type: none"> • PC/DP com vontade de assumir/aceitar cuidados; • Perceção de obrigação filial de prestação de cuidados; • Normas culturais; • Preferências para prestação dos cuidados e serviços. 	
Bem-estar do PC	<ul style="list-style-type: none"> • Autoavaliação da saúde; • Condições de Saúde e sintomas; • Depressão ou outros distúrbios emocionais • Qualidade de vida. 	
Consequências dos cuidados	Perceção do desafio <ul style="list-style-type: none"> • Isolamento social; • Trabalho exigente; • Exigências de saúde física e emocional; • Custos financeiros; • Exigências na relação familiar. 	Perceção de benefícios <ul style="list-style-type: none"> • A satisfação de ajudar a família; • Desenvolver novas habilidades e competências; • Melhores relações familiares.
Competências/habilidades/conhecimento para fornecer os cuidados necessários ao DP	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados, confiança e competência; • Conhecimentos adequados de assistência. 	
Possibilidade de recursos para o PC que poderia optar pela utilização de serviços comunitários e serviços de apoio ao PC como programas de saúde, organizações religiosas...	<ul style="list-style-type: none"> • Rede formal e informal de serviços sociais suporte; • Perceção da existência ou potenciais pontos fortes; • Procura de estratégias; • Recursos Financeiros (cuidados de saúde e benefício de serviços). 	

A avaliação preconizada será válida em qualquer das fases de transição e irá permitir o reconhecimento das necessidades centrais do PC, permitindo que também o PC tome consciência das mudanças que terão que se operar em função da necessidade da pessoa dependente dos seus cuidados, das exigências dos

cuidados. Este tipo de avaliação promove a consciencialização do PC, permite que os enfermeiros façam a identificação das necessidades de recursos (sociais/instrumentais/financeiros) do contexto de cuidados domiciliários, de conhecimentos e/ou habilidades para tomar conta da pessoa dependente, permite a identificação de estados somáticos e psicológicos do PC que podem condicionar o seu desempenho. É claro que quando o PC enfrenta o seu desempenho como um desafio a ultrapassar irá percecionar uma maior autoeficácia; por outro lado, se avaliar este seu desafio como fonte de stresse irá percecionar uma baixa autoeficácia. Esta avaliação do PC pode condicionar o seu estado somático e psicológico. Assim como, também possibilita ao PC compreender as consequências do seu desempenho e ter a perceção da efetiva da necessidade dos seus cuidados para o bem-estar da pessoa dependente, permitindo-lhe ter o *feedback* da qualidade dos seus cuidados, o que lhe permite melhorar o seu desempenho. Sobretudo experimenta um sentimento de acompanhamento em que há a preocupação com o seu bem-estar, em que se sente alvo de atenção, uma vez que existe “alguém” que está também preocupado consigo.

1.5 - A Perceção de Autoeficácia do Prestador de Cuidados

Até ao atual ponto demonstrou-se de que forma pode ser vivenciada a transição para o papel de PC, quais as condicionantes e os padrões de resposta a esta transição situacional em que uma pessoa assume o papel de PC está sujeita. Considera-se que neste trajeto da transição é preponderante o conceito de autoeficácia da pessoa que a vivencia, sendo esse conceito autoeficácia, muito próprio de cada um, mas muito influenciado por todos os condicionalismos do contexto em que se insere, que pode favorecer ou debilitar as respostas às dificuldades com que o PC se vai deparando ao longo do trajeto. Aqui salienta-se a importância das terapêuticas de enfermagem que possibilitam a progressão da transição até ao domínio de novas competências e aceitação da nova identidade.

Neste ponto do enquadramento teórico, pretende-se rever a mais atual evidência disponível acerca da relação existente entre a preparação do PC e a perceção de autoeficácia do PC, com o intuito de tornar mais claro e visível a forma

como a perceção de autoeficácia interfere na prestação de cuidados à pessoa dependente e na vida do PC com reciprocidade.

Sabe-se que autoeficácia é a crença que o indivíduo tem acerca da sua capacidade para realizar com sucesso determinada atividade (Bandura, et al., 1977, 1986, 1997, 2008), fortes crenças de autoeficácia promovem as realizações humanas e o bem-estar de muitas maneiras. Pois indivíduos confiantes abordam as tarefas difíceis como desafios a serem dominados, em vez de ameaças a serem evitadas. Daí a importância de preparar e munir o PC de conhecimentos e estratégias que lhe permitam tomar conta da pessoa dependente, promovendo, desta forma a sua perceção de autoeficácia, aumentando a sua confiança na execução adequada dos cuidados necessários à pessoa dependente, acreditando que está a fazer o melhor, de forma a manter-se motivado para o adequado desempenho do seu papel.

A aquisição de um comportamento e a manutenção do mesmo é mediada pela motivação, motivar um indivíduo a assumir o papel de PC e a mantê-lo com confiança nas suas capacidades para as atividades de tomar conta da pessoa dependente, exige do enfermeiro um grande empenho. Reconhece-se como uma forte fonte de motivação a compreensão da importância dos resultados esperados, ou seja, a antecipação de que determinados comportamentos poderão resultar em benefícios, evitar complicações, evitar dificuldades e/ou sofrimento. Uma outra fonte de motivação é o tipo de objetivo que se pretende alcançar e a autoavaliação face ao desempenho para atingir esse objetivo. A perceção de um mau desempenho pode conduzir à desmotivação e insatisfação, podendo conduzir à fuga e evitamento porque a pessoa avalia a situação como indo para além das suas capacidades. Contudo, quando há a convicção pessoal de se poder executar com sucesso determinado comportamento gera-se uma forte fonte de motivação (Bandura, 1977, 1986, 1997, 2008; O'Leary, 1985; Schwarzer et al., 2000). Esta motivação é impulsionadora do desempenho do papel de PC e promotora de autoeficácia. Se o PC tem perceção positiva de autoeficácia, então este PC experimenta menos situações de stresse, melhorando a sua perceção de bem-estar (Serra, 2007), conduzindo a um maior empenhamento do PC no desempenho do seu papel e fortalecendo a sua perceção de autoeficácia.

Na revisão da literatura efetuada foi possível encontrar muitos estudos no domínio do PC. O início da investigação nesta área remonta os anos 70, em que o objeto de estudo era o efeito que a prestação de cuidados tinha na saúde mental do PC e no seu bem-estar, o significado que estes atribuíam ao papel de PC e o impacto de intervenções de grupos de suporte nessas populações. A partir de

estudos de 1990, nomeadamente o estudo realizado por Perlin et al. (1990), que ao propor que a prestação de cuidados de um membro da família fosse vista como um contínuo, como uma transição, emerge a consciencialização da complexidade do fenómeno da prestação de cuidados pelo membro da família e da necessidade do mesmo ser examinado no contexto do dia-a-dia.

Constatou-se que alguns PC são capazes de realizar mais cuidados do que outros devido ao seu conhecimento, experiência, nível de envolvimento e habilidades. E que em algumas situações, a complexidade de cuidados constitui um verdadeiro desafio ao PC. Given et al. (2008) referem que se o PC não tem as habilidades necessárias e conhecimento para prestar cuidados a uma pessoa com uma doença crónica, apresenta falta de confiança e sente-se desesperado.

A estratégia de busca para identificação e seleção dos estudos foi através do levantamento bibliográfico de publicações indexadas nas seguintes bases de dados: Medical Literature and Retrieval System on Line (MEDLINE), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). A base de dados MEDLINE e CINAHL foram acedidas através dos links disponibilizados pela Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) – Portugal, no endereço eletrónico <<http://search.ebscohost.com/>>. A base de dados SCIELO foi acedida através do portal da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), disponível no site <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Recorreu-se também à base de dados PubMed, acedida através do portal da biblioteca da ULS Matosinhos disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/p>>.

Na revisão da literatura mais atual, em que a procura de estudos nos últimos 5 anos e com base nas palavras-chave: *caregiver*, *caregiving*, *selfefficacy*, encontraram-se alguns estudos (Given, et al., 2008; Scumacher, et al., 2006, 2008; Northouse, et al., 2010; Hendrix, et al., 2011; Petronilho, 2007; Sequeira, 2007) relacionam a autoeficácia do PC e que versam diferentes perspetivas da importância da sua preparação e as dificuldades com que se deparam durante a transição para o papel de PC. Outros estudos (Harmell, et al., 2011a, Harmell, Mausbach, Roepke, Moore, Känel, Patterson, Dimsdale, Mills, Ziegler & Allison, 2011b; Given, et al., 2008; Marziali, McCleary & Streiner, 2010; Van Mierlo, Meiland, Van der Roest & Dröes, 2011) descrevem a relação da qualidade de vida com o desempenho do papel de PC. Outros (Gallagher, Ni Mhaolain, Crosby, Ryan, Lacey, Coen, Walsh, Coakley, Walsh, Cunningham, Lawlo, 2011 b; Merluzzi, et al., 2011; Romero-Moreno, Losada, Mausbach, Márquez-González, Patterson & López, 2011; Robinowitz, Saenz, Thompson & Gallagher-Thompson, 2011; Harmell, et al., 2011a) têm como objeto de estudo a sobrecarga emocional do PC, como consequência do

seu papel, falta de apoio social e de trabalho, curso da doença, e as perturbações na vida familiar, sendo esses fatores associados com um dano considerável da qualidade de vida. Outros (Giovannetti, Wolff, Xue, Weiss, Leff & Boulton, 2011; Rabinowitz et al. 2011; Gallagher et al., 2011b; Merluzzi et al., 2011) referem-se à perceção de autoeficácia do PC numa vertente relacionada com as necessidades psicológicas pessoais do PC, como por exemplo a necessidade de se sentir respeitado, a resposta a comportamentos da pessoa dependente relacionados com a doença, alteração dos estados emocionais como depressão, raiva entre outros.

A avaliação da autoeficácia do PC para delinear a estratégia de intervenção no âmbito da preparação do regresso a casa poderá constituir-se um prenúncio de aquisição de competências e mestria, bem como os mecanismos que podem promover ou debilitar a perceção de autoeficácia. A aquisição de habilidades e competências aumentam a perceção de autoeficácia (Henndrix et al., 2011) e que estes em conjunto diminuem o stresse e a depressão dos prestadores de cuidados (Giovannetti et al., 2011; Rabinowitz et al. 2011; Gallagher et al., 2011b).

Num estudo em que se debruçaram sobre as características dos PC, Löckenhoff, Duberstein, Friedman & Costa (2011) deram ênfase às características pessoais, como a personalidade. Numa amostra de 536 prestadores de cuidados, avaliaram a associação de 5 fatores entre características dos cuidadores, dando ênfase à autoeficácia e à sobrecarga do PC. Tanto a saúde física como a mental foram negativamente associadas com o nervosismo e positivamente associadas com a extroversão (abertura) e consciencialização. A afabilidade e abertura foram positivamente associadas com uma melhor saúde mental e aparente saúde física. Da análise múltipla identificaram que a autoeficácia mediava todas as associações observadas entre a personalidade e a saúde, enquanto a sobrecarga do PC mediava o nervosismo e afabilidade com a saúde mental.

Num outro estudo, também recentemente publicado, Van Mierlo et al. (2011) numa revisão da literatura (1990-2008) em que foram pesquisadas as intervenções psicossociais em PC, procuraram compreender as características do PC para as quais as intervenções psicossociais são eficazes e importantes para tomar conta da pessoa dependente. Um dos efeitos positivos encontrados foi o PC de pessoas com demência e com mais frequência nas mulheres, sujeitas a este tipo de intervenção apresentaram melhorias da depressão e melhoria da perceção de autoeficácia.

Merluzzi et al. (2011) realizaram um estudo centrado na avaliação da autoeficácia, o seu papel no autocuidado e a gestão do stresse. Foram utilizadas várias escalas numa amostra de 133 prestadores de cuidados, que avaliaram a autoeficácia atendendo às duas vertentes mencionadas – 133 prestadores de

cuidados completaram a escala *Caregiver Inventory (CGI)*; destes 81, também completaram *Perceived Stresse Scale (PSS)*, *Caregiver Burden Inventory (CBI)*, e a *Measure Of Caregiver Tasks (ADLR-CG)*. Os resultados sugerem que a CGI é uma medida confiável e válida da autoeficácia do PC, que indica principalmente a importância da autoeficácia para autocuidado e para gerir com sucesso as exigências da prestação de cuidados para doentes terminais. Nos resultados identificaram a importância da percepção de autoeficácia do PC para assegurar e gerir as exigências dos cuidados a estas pessoas.

A baixa percepção de autoeficácia do PC foi uma variável importante num estudo cujo objeto de estudo foi “O desejo do PC de pessoas com Alzheimer em institucionalizá-las”, neste estudo o desejo do PC em institucionalizar a pessoa dependente foi significativamente associada a variáveis do PC, como a personalidade, autoeficácia, a depressão, a sobrecarga, e a presença de necessidades não atendidas. Foi considerado como determinante a sobrecarga do PC, a depressão e não ser cônjuge da pessoa dependente (Gallagher, Ni Mhaolain, Crosby, Ryan, Lacey, Coen, Walsh, Coakley, Walsh, Cunningham & Lawlor, 2011a). Tendo em conta os custos que acarreta uma institucionalização, é importante investir em intervenções que visem reduzir o desejo de institucionalizar, sobretudo reduzir os sintomas de sobrecarga e depressão no PC, o que pode traduzir um aumento da percepção da autoeficácia (Van Mierlo et al., 2011).

Num outro estudo (Harmell, et al., 2011a), cujo foco central foi a resiliência relacionada com os níveis de autoeficácia em que foi efetuada uma revisão da literatura na base de dados PubMed em que foram selecionados mais de 400 artigos, desses destacaram-se 11 estudos em que examinaram a relação entre o domínio pessoal, autoeficácia e estratégias de *coping*, com os resultados de saúde do PC. Os resultados sugerem que níveis mais elevados de domínio pessoal e autoeficácia, aumento do uso de estratégias de *coping* positivas parecem ter um efeito protetor na saúde de vários PC. O mesmo estudo (Harmell, et al., 2011a) faz referência ao facto de cuidar de um membro da família com demência ser habitualmente associado a resultados negativos de saúde, relacionados com alterações fisiológicas decorrentes do stresse. No entanto, esses cuidados nem sempre estão associados a comorbilidades da saúde do PC. Nesta revisão, destacaram-se fatores de resiliência que parecem ter uma relação benéfica com a saúde.

Noutro estudo foi analisado o papel moderador de autoeficácia na relação entre stresse e angústia, numa amostra de 167 PC de familiares com demência e que procurou compreender: (1) o efeito de moderação de autoeficácia para gerir os

problemas de comportamento na relação e a sobrecarga; (2) o efeito de moderação de autoeficácia para o controlo de pensamentos sobre a relação entre a sobrecarga e a angústia dos PC (depressão e ansiedade). Não se encontrou nenhum subsídio para a hipótese da autoeficácia melhora a gestão de problemas comportamentais, contudo os resultados suportam o papel moderador da autoeficácia para controlar os pensamentos perturbadores na relação entre sobrecarga e angústia. A conclusão do estudo apresenta a autoeficácia como particularmente eficaz para os PC com elevada sobrecarga, atenuando o impacto da sobrecarga sobre angústia (depressão e ansiedade) do PC (Romero-Moreno et al., 2011).

Northouse et al. (2010) realizaram um estudo para determinar o efeito de intervenções nos PC. Para isso procederam à análise dos tipos de intervenções oferecidas a familiares PC de doentes com cancro. Recorreram à meta-análise para analisar dados obtidos a partir de 29 ensaios clínicos randomizados publicados a partir de 1983 até Março 2009. Três tipos de intervenções foram efetuadas aos PC: intervenção psico-educacional, treino de habilidades, e aconselhamento terapêutico. A maioria das intervenções foi realizada em conjunto com a pessoa dependente e com o PC, mas variaram consideravelmente em dose e duração. A maioria dos PC era do sexo feminino (64%) e caucasianos (84%), com idades 18-92 anos (idade média de 55 anos). A meta-análise permitiu verificar que estas intervenções tinham efeitos moderados, mas que reduziram significativamente a sobrecarga do PC, melhoraram as habilidades, aumentaram a sua perceção de autoeficácia e melhoraram aspetos da qualidade de vida.

Num estudo dirigido a PC esposas, o objetivo foi investigar a extensão em que uma intervenção psicoeducacional chamada "Ferramentas poderosas para Cuidadores" e sua influência na sobrecarga da esposa PC do cônjuge. A análise mostrou que os participantes do grupo de intervenção apresentaram níveis significativamente mais baixos de stresse que o grupo de comparação. Os resultados indicam que a intervenção psicoeducacional centrada no autocuidado, na comunicação eficaz e gestão de emoções pode ser um recurso eficaz para reduzir o sofrimento psicológico e a sobrecarga das esposas cujo objetivo é tomar conta dos parceiros com dependência (Savundranayagmam, 2011)

Ao reconhecer que a autoeficácia é a crença que uma pessoa tem sobre a capacidade de realizar com sucesso determinada atividade que pode afetar as escolhas de cada um, Bandura et al. (2008), remetem a crença da autoeficácia para o estudo da Teoria Social cognitiva, em que os seres humanos não são simples peões do ambiente, eles pensam e regulam o seu próprio comportamento. Daí que seja necessário ter em conta os contextos sociais em que o comportamento é

adquirido e mantido, assim como a contínua interação recíproca entre o modelo de conduta, os fatores pessoais internos (eventos cognitivos, afetivos e biológicos) e o ambiente externo.

Assim, propõem o conceito de agência humana para o autodesenvolvimento, adaptação e mudança, atuando dentro de uma ampla rede de influências sócio estruturais, que impõem limitações e proporcionam recursos para o desenvolvimento e funcionamento pessoal. Para Bandura et al. (2008) ser agente significa fazer as coisas acontecerem de maneira intencional, por meio dos próprios atos. A agência envolve características básicas, que são intencionalidade (a pessoa escolhe o modo de agir), antecipação (as pessoas antecipam os resultados esperados, guiando e motivando os seus esforços), autorreatividade (as pessoas fazem as coisas que lhes dão satisfação e sentido de valorização) e autorreflexão (as pessoas são os seus próprios auto examinadores, refletem sobre a sua eficácia, as suas motivações e valores, fazendo as correções que consideram necessárias).

Além destes sistemas de crenças, capacidades de autorregulação, estruturas e funções pelas quais o indivíduo exerce influência pessoal, é por meio desses mecanismos, que as pessoas podem moldar as suas vidas de acordo com as ações que planeiam, mesmo sofrendo os efeitos de eventos imprevistos. A agência pessoal apresenta limites e focos diferentes, de acordo com as estruturas ambientais, que podem ser de três tipos: o ambiente imposto, o ambiente selecionado e o ambiente construído.

A crença de autoeficácia desenvolve-se a partir de quatro principais fontes de informação, que são: a experiência direta, a experiência por observação, a persuasão social e o estado físico e emocional da pessoa (Schunk, 1995; Bandura et al., 1986, 1997, 2008).

Considerou-se relevante para o estudo da autoeficácia conhecer a forma como Bandura et al. (2008), encaram o processo como podem ser criadas as crenças de autoeficácia:

- 1) A **experiência ou domínio**, considerada a fonte mais influente, por ser resultado da interpretação de uma experiência anterior do indivíduo. À medida que o indivíduo desenvolve tarefas e atividades interpreta os resultados das mesmas e desenvolve crenças sobre a sua capacidade de participar em tarefas ou atividades subsequentes.
- 2) A **experiência resultante da observação** de outras pessoas que executam tarefas, é uma fonte de informação mais fraca que a anterior, mas útil quando as pessoas não estão seguras das suas capacidades ou tiveram pouca experiência anterior. Os efeitos da

modelação são importantes neste contexto, principalmente se os modelos ensinarem a melhor forma de fazer as coisas.

- 3) Os indivíduos, também, podem **desenvolver crenças influenciados por persuasões sociais** que podem sofrer de outras pessoas. A persuasão verbal é uma estratégia simples muito utilizada para estimular as pessoas. Os persuasores podem desempenhar um papel bastante positivo pelos julgamentos que podem fazer, desde que não o façam de uma forma vazia e sem sentido. Os persuasores efetivos devem cultivar a crença do indivíduo nas suas capacidades, garantindo um sucesso imaginado alcançável. É necessário um alerta especial para o facto de persuasões positivas encorajarem, mas as negativas podem frustrar e enfraquecer as crenças de autoeficácia.
- 4) Os **estados emocionais e somáticos influenciam as crenças de autoeficácia**, pelo que se deverá ter em atenção o estado em que o indivíduo se encontra. Um indivíduo pode avaliar o seu grau de confiança tendo em conta o seu estado fisiológico enquanto pensam numa determinada tarefa. Por outro lado, reações emocionais fortes podem favorecer ou dificultar a previsão de sucesso em determinadas tarefas. Mas, é inequívoco que promover o bem-estar emocional e reduzir estados emocionais negativos aumenta a crença de autoeficácia, assim como, a promoção da crença de autoeficácia pode influenciar os próprios estados fisiológicos.

“As fontes de informação para a autoeficácia não se traduzem diretamente em avaliações de competência. Os indivíduos interpretam os resultados dos acontecimentos, e essas interpretações proporcionam as informações que fundamentam os seus julgamentos.” (Bandura, p. 105, 2008). Salienta-se aqui a importância atribuída por Bandura (1986, 2008) à modelação como fonte de aprendizagem, este considera como os princípios da modelação importantes para a mudança de comportamentos, pelo que o enfermeiro pode ser o modelo para o PC e daí a importância de todo o seu comportamento, quer intencional para a preparação do PC para o seu desempenho na atividade de tomar conta, quer quando simplesmente, exerce a sua atividade profissional muitas vezes não dirigida com intencionalidade de prepara o PC, sujeita a julgamentos inerentes às características pessoais de cada pessoa. Pelo que Bandura (1986; 2008) afirma que a modelação pode produzir importantes mudanças, mas o desempenho guiado

aumenta muito o poder da modelação. A imitação é um aspeto indispensável da aprendizagem e a existência de modelos (enfermeiros) acelera a aquisição de novos comportamentos.

As crenças de autoeficácia desempenham um papel fundamental para moldar o rumo que a vida toma, influenciando os tipos de atividades e ambientes em que a pessoa decide envolver-se. É um determinante crítico de como os indivíduos regulam o seu pensamento e o seu comportamento, de como o indivíduo adquire os conhecimentos e habilidades (Bandura et al., 2008). Por isso, “...*crenças de competência pessoal proporcionam a base da motivação humana, o bem-estar e as realizações pessoais. (...) porque a não ser que acreditem que as suas ações possam produzir os resultados que desejam, as pessoas terão pouco incentivo para agir ou perseverar frente a dificuldades.*” (Bandura et al., p. 101, 2008).

CAPITULO II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Neste capítulo da dissertação apresenta-se as opções metodológicas que orientaram o estudo e a sua fundamentação. Inicia-se pela apresentação da justificação do estudo, evoluindo para a clarificação dos aspetos relacionados com as orientações metodológicas adotadas relativamente, ao paradigma que orienta o estudo, à finalidade e objetivos, às perguntas orientadoras, às variáveis em estudo, à população e técnica de amostragem, às estratégias de recolha de dados e ao modelo de análise dos dados adotados. Terminada a apresentação destes aspetos apresenta-se uma reflexão sobre os aspetos éticos que envolveram o percurso desta investigação.

2.1 - Justificação do Estudo

A autoeficácia é considerada um mecanismo cognitivo que avalia a motivação do indivíduo para padrões de pensamento e conduta. As crenças de autoeficácia são a forma como o indivíduo constrói um julgamento acerca da sua capacidade para determinado nível de desempenho, faz parte de um complexo processo cognitivo de auto persuasão (Bandura, 1977, 1986, 1997, 2008).

A autoeficácia é um dos fatores psicológicos que mais influencia o desempenho do indivíduo. A teoria da autoeficácia defendida por Bandura (1977, 1986, 1997, 2008) tem sido amplamente utilizada para explicar a autoconfiança no desempenho, o desempenho adequado, traçando uma relação entre autoeficácia, motivação e desempenho. Este tipo de crença merece destaque, pois a autoeficácia percebida é a base para a motivação, bem-estar e realizações pessoais. Neste sentido, a perceção de autoeficácia influencia a escolha de desafios, a quantidade de esforço empenhado em determinada tarefa, nomeadamente do desempenho do papel de PC.

Na tentativa de dar resposta à crescente complexidade das necessidades do PC os enfermeiros têm desenvolvido esforços para prepará-lo, para dotá-lo de capacidades que lhe permitam tomar conta da pessoa dependente, proporcionando-lhe os cuidados adequados, maximizando o potencial de autonomia quando possível e/ou mantendo-o confortável. Contudo, o enfermeiro prepara o PC e avalia as suas capacidades técnicas e instrumentais, mas muitas vezes, não tem conhecimento sobre a percepção de autoeficácia para o desempenho do papel de PC. Reconhece-se a necessidade deste conhecimento, como base essencial para a intervenção do enfermeiro na preparação do PC para lidar com a situação da pessoa dependente.

Tendo por base a percepção de autoeficácia para desempenho de um papel, como o mecanismo cognitivo que avalia a motivação da pessoa para padrões de pensamento e conduta, que determinam o nível de desempenho, considerou-se pertinente avançar com este estudo.

Assumir o papel de PC traz mudanças na vida do PC e da pessoa dependente, por isso, reconhece-se a importância da preparação do PC (Meleis et al., 2000; Family Cargiver Alliance, 2006; Schumacher et al., 2006; Walker et al., 2007; Whitlatch, 2008), e que a sua preparação não pode ficar somente pelo domínio do desenvolvimento de habilidades instrumentais. Por isso, torna-se fundamental conhecer a percepção de autoeficácia do PC, como componente da motivação, na medida em que avalia o desempenho da pessoa num contexto e tem consequências diretas na aquisição e mudanças de comportamento (Bandura et al., 2008).

É indispensável ter um PC com forte percepção de autoeficácia, convicto que é essencial ao bem-estar da pessoa dependente, para que este sentimento seja promotor de motivação, para manter os esforços necessários para que seja bem-sucedido nos objetivos delineados para assegurar as necessidades em autocuidado da pessoa dependente. Pois pessoas com um forte sentido e percepção de autoeficácia tendem a manter os esforços necessários para serem bem-sucedidas (Bandura, 1977, 1986, 1997, 2008). Desta forma, será possível ter um papel relevante na redução de complicações inerentes à condição de dependência, na redução dos reinternamentos e, por último, no seu próprio bem-estar.

Contudo, embora a literatura aponte para estes pressupostos como fundamentais para manter elevados níveis de desempenho para tomar conta de pessoas dependentes no auto cuidado, são escassos os estudos que se debruçam especificamente sobre a importância da autoeficácia no desempenho do papel de PC para cuidar da pessoa dependente.

Face ao exposto, e tendo presente a necessidade de dar resposta à crescente complexidade das necessidades do PC (Grimmer et al., 2005; Sequeira, 2007; Walker et al., 2007; Given et al., 2008), considerou-se importante avançar com o estudo de avaliação da perceção da autoeficácia do PC.

Pelo exposto, emergiu a seguinte questão de partida que orientou o estudo:

Qual a perceção de autoeficácia do prestador de cuidados para tomar conta da pessoa dependente em casa?

O estudo tem como finalidade conhecer a perceção de autoeficácia do PC para tomar conta de pessoas dependentes para o autocuidado no domicílio, num contexto estratégico que oriente o enfermeiro para a definição de prioridades de intervenção adequadas e que contribuam para que o PC tenha confiança nas suas capacidades, para que esteja convicto que o seu desempenho trará benefícios à pessoa dependente, mantendo-se motivado para tomar conta da pessoa dependente.

Com a intenção de delimitar o estudo a partir da sua finalidade, foram traçados os seguintes objetivos:

- Caracterizar a perceção de autoeficácia dos prestadores de cuidados para tomar conta de pessoas dependentes no autocuidado: tomar banho; vestir-se ou despir-se; alimentar-se; uso do sanitário; virar-se; transferir-se; andar; tomar medicação;
- Caracterizar o nível de dependência nas atividades do autocuidado das pessoas que necessitam de PC: tomar banho; vestir-se ou despir-se; alimentar-se; elevar-se; usar o sanitário; transferir-se; virar-se; e andar;
- Identificar relações significativas entre as variáveis sociodemográficas do PC e perceção de autoeficácia dos PC;
- Identificar relações significativas entre as variáveis sociodemográficas da pessoa dependente e perceção de autoeficácia dos PC;
- Identificar relações significativas entre dependência no autocuidado e e perceção de autoeficácia dos PC;
- Relacionar a demonstração de conhecimentos e capacidades do PC e a perceção de autoeficácia do PC.

2.2 - Desenho do Estudo

O trajeto de investigação em que se insere o estudo assenta numa abordagem quantitativa. É um estudo exploratório, descritivo e correlacional, descreve o fenómeno tal como ele se apresentou com o menor grau de subjetividade possível e é correlacional por estabelecer comparações e correlações entre os dados colhidos.

É um estudo transversal, no que diz respeito ao momento de colheita de dados, que são dois cortes transversais na admissão e na alta. Poderia ser considerado que um subgrupo da amostra (aqueles PC que já o eram antes do internamento) conferiria uma tendência para considerar a investigação nesse subgrupo longitudinal. No entanto, considera-se que o curto espaço de tempo em que ocorrem ambas as colheitas de dados e estando os indivíduos da amostra dispersos por vários serviços da instituição em que o contacto com o investigador foi praticamente o da colheita de dados, considera-se que o estudo neste subgrupo é efetivamente, transversal quanto aos momentos da colheita de dados.

A opção pela escolha destes dois momentos de colheita de dados está diretamente relacionada com as particularidades da transição para o papel de PC, sendo esta considerada uma passagem ou movimento, estado, condição ou lugar para outro e que os indivíduos em transição tendem a ser mais vulneráveis e que a maioria das transições ocorre em momentos de viragem que são considerados eventos críticos, cujo objetivo é a estabilização: em novas rotinas, estilos de vida e atividades de autocuidado (Meleis, et al., 2000). Pelo exposto, considerou-se pertinente conhecer a perceção do PC para tomar conta ao longo de diferentes momentos da transição do PC. Não sendo viável, em termos temporais, fazer esta avaliação nas diferentes fases da transição, optou-se por fazer a referida avaliação no momento da admissão (aos PC que já tomavam conta da pessoa dependente) e no momento da alta hospitalar aos PC já avaliados na admissão e aos PC que assumiram de novo este papel.

Esta escolha de dois momentos para a colheita de dados, permite compreender em primeiro lugar quando avaliada a PAE na admissão, em que áreas do autocuidado sente o PC maior/menor confiança em desempenhar o seu papel de cuidar da pessoa dependente; quais as limitações (físicas, cognitivas, psicológicas e financeiras) que condicionam essa confiança, no sentido de ativar os recursos da comunidade que ajudem o PC a ultrapassarem as suas limitações. A

avaliação da PAE do PC no momento da alta hospitalar permite compreender qual impacto da intervenção do enfermeiro na preparação do PC durante o internamento, e as suas consequências na perceção da autoeficácia do PC.

Contexto do estudo

O estudo desenvolveu-se na ULS Matosinhos (ULSM) onde existe uma cultura que promove a qualidade e uniformização dos cuidados de enfermagem nos vários serviços, assim como a sua documentação. Esta instituição de saúde tem como missão *“satisfazer todas as necessidades em saúde à população do Concelho de Matosinhos, assumindo a integração dos diferentes níveis, desde a educação para a saúde e dos autocuidados, aos tratamentos continuados e paliativos e à referência para outros níveis da rede hospitalar”* (ULSM, 2010)

A escolha do campo de investigação recaiu nos cinco serviços de Medicina que constituem o Departamento de Medicina Interna do Hospital Pedro Hispano, unidade orgânica da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, face às características dos doentes destas unidades de cuidados. Estes serviços, caracterizam-se pela existência de um número considerável de doentes cuja idade avançada e/ou o diagnóstico médico (AVC, Demência, doenças crónicas como DPCO e ICC) pode implicar algum nível de dependência, e consequentemente, a necessidade de alguns familiares viverem a transição para o papel de prestador de cuidados.

Amostra

Os PC principais de pessoas dependentes no autocuidado, internados no Departamento de Medicina da ULS de Matosinhos foram a população alvo do estudo. A amostra é um subconjunto da população alvo. No que respeita ao tamanho da amostra, procedeu-se uma amostragem não probabilística por conveniência, constituída pelos PC principais de pessoas dependentes no autocuidado, internados no Departamento de Medicina da ULS de Matosinhos, num período compreendido entre 1 de Janeiro de 2011 e 1 Setembro de 2011, que aceitaram participar no estudo.

Recolha de dados

Para a colheita de dados solicitou-se a autorização prévia à ESEP para uso de dois instrumentos desenvolvidos por docentes da respetiva escola: *“Instrumento de Avaliação do auto cuidado”* (ESEP, 2010) e *“Instrumento de Avaliação da perceção da autoeficácia do prestador de cuidados”* (ESEP, 2010) (ANEXO I).

O Instrumento de avaliação da dependência no auto cuidado: “*Avaliação do auto cuidado*” (ESEP, 2010) (ANEXO II) encontra-se validado para a população portuguesa, foi construído pela professora Alice Brito da ESEP no decurso do seu doutoramento (ainda a decorrer) e foi utilizado pela primeira vez por Duque (2009). Este instrumento foi estruturado de acordo com focos do domínio do autocuidado (ICN, 2005): tomar banho; vestir-se ou despir-se; alimentar-se; arranjar-se; cuidar da higiene pessoal; elevar-se; usar o sanitário; transferir-se; virar-se; e usar a cadeira de rodas. Sendo que, para cada um dos focos, foram definidos indicadores com base nas características específicas apresentadas na NOC e referentes aos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Com base nas escalas da NOC, foi integrada uma escala de valor semântico: “dependente não participa”, “necessita de ajuda de pessoa”, “necessita de equipamento”, “completamente independente”, adaptada a uma escala tipo Likert com 4 pontos:

- | | |
|--------------------------------|---|
| • Completamente independente | 1 |
| • Necessita de equipamento | 2 |
| • Necessita de ajuda de pessoa | 3 |
| • Dependente não participa | 4 |

Na análise do *Alpha de Cronbach* deste instrumento verificou-se uma elevada consistência interna com um α de 0,997, que segundo Pestana & Gageiro (2008) é uma consistência interna muito boa. Da avaliação inter-itens o mínimo apresentado foi um α de 0,896 (Duque, 2009).

Este instrumento permitiu a avaliação do nível de dependência das pessoas dependentes dos PC que integram o estudo. O acesso aos dados resultantes dessa avaliação foram obtidos a partir da aplicação informática em uso na ULS Matosinhos – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), tendo em conta que a avaliação da dependência para o autocuidado é efetuada pelo enfermeiro à entrada e atualizada ao longo do internamento, sempre que se verificam alterações dos dados anteriormente recolhidos. Para efeitos do estudo, os dados colhidos limitam-se ao momento da admissão e ao momento da alta hospitalar. A partir dos dados disponibilizados, foram extraídos também os dados que possibilitaram a caracterização sociodemográfica da pessoa dependente quanto às variáveis: sexo, idade, momento de instalação da dependência para o autocuidado, tempo de internamento.

A avaliação da perceção de autoeficácia do PC para tomar conta do dependente foi avaliada com o instrumento “*Avaliação da perceção da autoeficácia do prestador de cuidados para cuidar do dependente*” (ESEP, 2010) (ANEXO III), que foi construído por um grupo de docentes da ESEP, no âmbito do doutoramento

do Professor Paulo Parente da ESEP. O referido instrumento encontra-se em fase de validação, ainda não existem publicações sobre a sua validade e fidelidade.

Este instrumento foi, também, construído de acordo com focos do domínio do autocuidado (ICN, 2005), como: tomar banho; vestir-se ou despir-se; alimentar-se; uso do sanitário; virar-se; transferir-se; andar; tomar medicação. Para cada um destes focos foram definidos indicadores com base nas características específicas apresentadas na NOC e referentes aos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Foi utilizada uma escala de valor semântico “Incompetente”, “Pouco competente”, “Medianamente competente”, “Muito competente”. Para este estudo, de forma a possibilitar a análise estatística, foi adaptada a uma escala tipo Likert com 4 pontos:

- | | |
|---------------------------|---|
| • Incompetente | 1 |
| • Pouco competente | 2 |
| • Medianamente competente | 3 |
| • Muito competente | 4 |

Este instrumento foi à semelhança do exposto para o instrumento de avaliação referido anteriormente, aplicado nos dois momentos para os contextos já referidos.

Quando aplicado o instrumento “*Avaliação da percepção da autoeficácia do prestador de cuidados*” (ESEP, 2010), houve alguma dificuldade em explicar o termo “incompetente” e surgiu a necessidade de o trocar por “incapaz”, que correntemente tem uma conotação menos pejorativa.

O instrumento de avaliação foi precedido de uma estrutura para caracterização sociodemográfica do PC (ANEXO IV) foi construído com o propósito de caracterizar a população da amostra em estudo quanto às seguintes variáveis: idade, parentesco, profissão, escolaridade, problemas de saúde do PC; ser a única pessoa a prestar cuidados; coabitação com o dependente; experiência anterior como PC a pessoas dependentes; existência de mais pessoas dependentes a cargo do PC; se conta com apoio de alguma instituição; se pretende recorrer ao apoio de alguma instituição; se conta com recursos financeiros que facilitem a atividade de tomar conta do dependente. Estas variáveis foram identificadas por serem consideradas relevantes na prestação de cuidados por vários autores (Jewell, 1993; Naylor, 1994; Maramba, 2004; Grimmer et al., 2005; Schumacher et al., 2006; Walker, et al., 2007; Sequeira, 2007; Petronilho, 2007; Given et al., 2008; Giovannett et al., 2011; Hendrix et al., 2011).

Segundo Fortin (2009), variáveis são qualidades, propriedades ou características de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação.

Uma variável é uma característica que pode ser medida, controlada ou manipulada numa pesquisa. As variáveis são classificadas de acordo com o papel que exercem numa investigação. Para ser medida qualquer variável deve ter primeiro uma significação conceptual e posteriormente deve ser operacionalizada (Fortin, 2009).

As variáveis de atributo são as características dos participantes num estudo, constituem os dados demográficos tais como a idade, o género, situação familiar. Através delas podemos traçar um perfil social e demográfico da amostra. Já as variáveis em estudo ou de investigação são qualidades, propriedades ou características que são observadas ou medidas (Fortin, 2009).

Assim, neste trajeto existem variáveis fundamentais para a investigação, cuja definição possibilita a sua operacionalização (QUADRO 5 e 6).

Um trajeto de investigação obriga a conceptualizar, pois os conceitos são os instrumentos básicos para esse trajeto, assim as variáveis operacionalizadas no QUADRO 6 constituem os conceitos básicos para o presente estudo.

Para que este trajeto seja perceptível, considera-se adequado proceder ao desenho deste, assim é possível delinear as etapas do estudo de forma a limitar e demarcar o trajeto de investigação (ANEXO V). Este desenho permitiu ao investigador durante o trajeto de investigação guiar-se por ele e planear as etapas do estudo, permitiu também a correção de eventuais enviesamentos durante o trajeto.

QUADRO 5: Quadro representativo das variáveis em estudo

VARIÁVEIS EM ESTUDO		
VARIÁVEL	TIPO DE VARIÁVEL	VALOR DA VARIÁVEL
Itens relativos ao autocuidado	Qualitativa e Ordinal	1- Independente 2- Necessita de equipamento 3- Necessita de ajuda de pessoa 4- Dependente não participa
Itens relativos à PAE do PC para cada dimensão do autocuidado	Qualitativa e Ordinal	1- Incompetente 2- Pouco competente 3- Medianamente competente 4- Muito competente
Conhecimento / habilidade do PC relativamente a cada uma das dimensões do Autocuidado	Nominal dicotómica	1- Demonstrado 2- Não demonstrado

QUADRO 6: Quadro representativo das variáveis atributo do estudo

VARIÁVEIS ATRIBUTO		
VARIÁVEL	TIPO DE VARIÁVEL	VALORES
CARACTERIZAÇÃO DA PESSOA COM DEPENDÊNCIA		
Sexo	Nominal dicotómica	Feminino – 1 / Masculino - 2
Idade	Continua/escalar	Numérica
Instalação da dependência de novo	Nominal dicotómica	Sim – 1 / Não - 2
Internamentos anteriores	Continua/escalar	Numérica
Nível de dependência para o Autocuidado “Avaliação do auto cuidado” (ESEP, 2010)	Ordinal	4- Dependente não participa 3 - Necessita de ajuda 2 - Necessita de equipamento 1 - Completamente independente
CARACTERIZAÇÃO DO PRESTADOR DE CUIDADOS		
Sexo	Nominal dicotómica	Feminino – 1 / Masculino - 2
Idade	Continua/escalar	Numérica
Parentesco	Nominal	
Anos de escolaridade	Continua/escalar	Numérica
Problemas de saúde.	Nominal dicotómica	Sim – 1 / Não - 2
Única pessoa a prestar cuidados	Nominal dicotómica	Sim – 1 / Não - 2
Reside com o dependente	Nominal dicotómica	Sim – 1 / Não - 2
Experiência anterior	Nominal dicotómica	Sim – 1 / Não - 2
Tem mais pessoas a cargo	Nominal dicotómica	Sim – 1 / Não - 2
Tem apoio de alguma instituição	Nominal dicotómica	Sim – 1 / Não - 2
Pretende recorrer ao apoio de ...	Nominal dicotómica	Sim – 1 / Não - 2
Tem recursos financeiros	Nominal dicotómica	Sim – 1 / Não - 2
PAE do PC para os autocuidados “Avaliação da Perceção da Autoeficácia do PC Para Cuidar do Dependente” (ESEP, 2010)	Ordinal	Sente-se: 1 - Incompetente 2 - Pouco competente 3 - Medianamente competente 4 - Muito competente
Conhecimento / habilidade do PC relativamente a cada uma das dimensões do Autocuidado	Nominal dicotómica	Demonstrado 1 Não demonstrado 2

2.3 - Aspetos Éticos

Ao longo de todo o percurso de investigação foram respeitados todos princípios éticos, em nome da dignidade humana que está intimamente ligado ao respeito pela pessoa humana.

Para o estudo foi pedido o consentimento livre e informado ao PC para participar no estudo (ANEXO VI) de acordo com a Comissão Nacional da UNESCO (2006) pelo Artigo 9º - Vida privada e confidencialidade, no qual se afirma que “A vida privada das pessoas em causa e a confidencialidade das informações que lhes dizem pessoalmente respeito devem ser respeitadas. Tanto quanto possível, tais

informações não devem ser utilizadas ou difundidas para outros fins que não aqueles para que foram coligidos ou consentidos, e devem estar em conformidade com o direito internacional, e nomeadamente com o direito internacional relativo aos direitos humanos.” (UNESCO, ,2006, p.8)

Antes da aplicação do questionário, foi explicado ao PC e doente (sempre que possível) o seu objetivo e a forma da recolha de dados, respeitando a tomada de decisão de aceitar ou recusar participar no estudo, assim como a possibilidade de desistir a qualquer momento (ANEXO VI).

Cabral (1996) reforça a relação entre autonomia e o conceito de consentimento informado, sendo ela uma autorização autónoma (livre), dada para uma intervenção médica ou/e pesquisa e condições legais por elas implicadas. A condição prévia do consentimento informado é a competência ou capacidade de decidir livremente, que pode ser geral ou específica.

Foi previamente solicitada à Comissão de Ética da ULSM autorização para desenvolver o trajeto de investigação (ANEXO VII), tendo o conselho de administração aceite a realização do estudo, com o aconselhamento da Comissão de Ética.

Segundo Ferreira & Dias (2005) todos nós independentemente daquilo em que possamos pensar quanto à vivência da ética, temos de reconhecer que para qualquer profissional que considere os princípios éticos como o impulsionador das suas escolhas, ações e agir, os resultados obtidos pelas vivências pessoais adequam o comportamento profissional e modo de estar, que nos proporciona uma forma distinta de entender o ser humano, encontrando uma salutar relação técnica e humana de entender o ser humano.

CAPITULO III - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os dados obtidos neste estudo foram tratados com recurso ao programa de tratamento de dados estatísticos *IBM® Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) versão 19.

Para descrever as características dos participantes no estudo utiliza-se a estatística descritiva, que segundo Polit & Hungler (1995) é útil para o resumo de informação empírica. Assim, os dados foram tratados através de distribuição de frequências, medidas de tendência central e medidas de dispersão. Para além dos dados que caracterizam a amostra, apresenta-se outros dados que resultam da análise descritiva e inferencial efetuada às variáveis em estudo. Para o estudo correlacional das variáveis recorreu-se a testes estatísticos não paramétricos.

Esta opção foi ditada por um conjunto de circunstâncias, que se assinala:

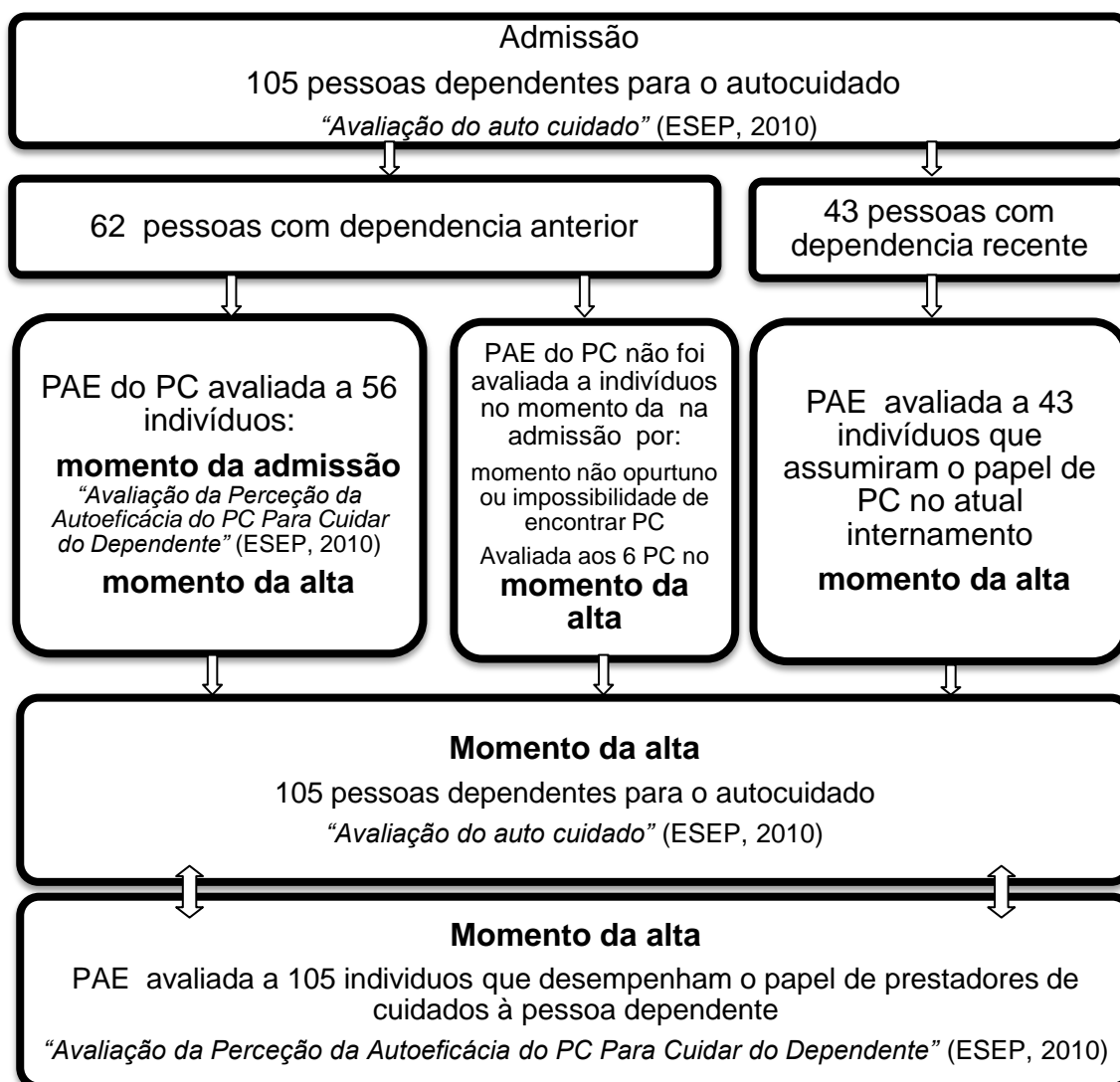
- a) A amostra obtida é “não probabilística”, correspondendo a uma amostra por conveniência, com apenas 105 casos;
- b) Grande parte das variáveis em estudo é de natureza ordinal;
- c) Apesar das variáveis computadas a partir das originais – consideradas como dependentes – e envolvidas nos testes inferenciais serem em alguns casos de natureza quantitativa, nem sempre aderem à normalidade.

No anexo VIII está descrito o conjunto de procedimentos que foram utilizados na computação de novas “variáveis agregadas”, que foram utilizadas essencialmente para simplificação dos procedimentos de análise estatística inferencial. No instrumento que avalia o nível de dependência da pessoa dependente, foi calculada uma nova variável associada a cada domínio, também ela de natureza ordinal e com o mesmo diferencial semântico, a partir dos itens que compõem o respetivo domínio; calculou-se também scores médios globais de dependência nos momentos da admissão e da alta. No que diz respeito ao instrumento que avalia a PAE, foram igualmente calculados os scores médios de cada subescala e posteriormente procedeu-se, por critério teórico, à recodificação desta nova variável computada numa outra de natureza ordinal, utilizando o mesmo diferencial semântico dos itens originais.

3.1 - Caracterização da Amostra

A amostra que integra o estudo é constituída por 105 PC de pessoas dependentes e internadas no Departamento de Medicina da ULS Matosinhos. Neste ponto faz-se a caracterização sociodemográfica dos PC e clarificam-se algumas das características das pessoas dependentes de quem estes PC tomam conta, designadamente sexo, idade, início da dependência e o nível de dependência face ao autocuidado. No QUADRO 7 representa-se esquematicamente a amostra e os momentos em que os dados foram obtidos.

QUADRO 7: Esquema representativo da população do estudo e dos momentos de colheita de dados



3.1.1 - Caracterização Do Prestador De Cuidados

A amostra é constituída por 105 PC principais de pessoas dependentes. Deste total, 62 (59 %) já exerciam o papel de tomar conta da pessoa com dependência antes do episódio de internamento, enquanto 43 (41%) PC assumem o papel de PC de uma pessoa com dependência pela primeira vez.

Os PC têm em média 59,1 anos de **idade**, com um desvio padrão de $\pm 2,2$ anos, tendo o PC mais novo 25 anos e o mais velho 86 anos. Constata-se que 50% dos PC tem pelo menos 59 anos. Pela análise interquartil da frequência de idades verifica-se que 25% dos PC tem idade igual ou superior a 68 anos (TABELA 1).

TABELA 1: Caracterização do PC quanto à idade em anos

Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
59,1	59,0	2,2	25	86

A **caracterização sociodemográfica do PC** do estudo encontra-se sistematizada na TABELA 2. Assim, neste estudo os PC são maioritariamente do sexo feminino (83,8%), o que vem corroborar com a evidência referenciada em diferentes estudos (Vilela et al., 2006; Family Caregiver Alliance, 2007; Neumann et al., 2007; Murphy et al., 2007; Petronilho, 2007; Fonseca et al., 2008).

Quanto ao **grau de parentesco do PC** com a pessoa dependente verifica-se que 44 (41,9%) são conjugues (marido/esposa) e 49 (46,7%) são descendentes diretos (filho/filha), que em conjunto representam 88,6% da amostra. Os restantes PC apresentam diferentes graus de parentesco: 1 (1%) irmã, 1 (1%) neta; 7 (6,7%) noras e 2 (1,9%) pessoas sem grau de parentesco. Estes dados são sobreponíveis aos verificados em diferentes estudos como por exemplo, Family Caregiver Alliance (2007), que refere que entre todos os idosos com incapacidade crónica, cerca de 84% dos cuidados são prestados pelo cônjuge ou filho, 10% de outros parentes e apenas menos de 6% por sem grau de parentesco. Esta tendência confirma-se na maioria dos países e constata-se que ao longo da história o cuidar do idoso é exercido por mulheres, os PC são principalmente, esposas, filhas e netas (Vilela et al., 2006; Fonseca et al., 2008).

Na variável **escolaridade do PC**, o 1º ciclo é o grau de escolaridade mais representativo, com 74 casos (70,4 %), enquanto 30 (28,6%) apresenta escolaridade superior ao 1º ciclo. Na amostra apenas um PC é analfabeto e 9,5% tem como escolaridade o ensino superior.

Na variável **profissão do PC**, a classe mais representativa é a das domésticas 37 (35,2%), seguidas dos reformados 33 (31,4%). Os outros PC são trabalhadores não qualificados 17 (16,2%), seguidos dos desempregados 6 (5,7%). Os restantes 11,6% distribuem-se pelas outras classes profissionais. Globalmente, verifica-se que a assunção deste papel é realizada por um grupo de pessoas que terá à partida maior disponibilidade para tomar conta de outro (domésticas, reformados, desempregados – total de 72,3%).

Outra das variáveis em análise é a **saúde do PC**, isto é, o relato do PC acerca da presença de problemas de saúde. Alguns estudos referem que a existência de alterações de saúde do PC podem condicionar bastante a perceção da autoeficácia, quer por incapacidade física, quer por problemas do foro psicológico, que conduzem muitas vezes a depressões e aumento da dificuldade em encontrar estratégias de *coping* (Bandura, 1977, 1986, 1997, 2008; Schumacher et al., 2006; Neumann et al., 2007; Walker et al., 2007; Degeneffe et al., 2011; Harmell et al., 2010; Gallagher et al., 2011 b; Giovannet, et al., 2011; Powazki, 2011).

Na amostra, são relatados por 74 PC (70,5%) a existência de problemas de saúde já diagnosticados, nomeadamente doença oncológica, patologia osteoarticular degenerativa, patologia cardíaca, depressão entre outras menos limitativas como diabetes e hipertensão arterial, destes PC com patologia associada, 6 deambulavam com canadianas por patologia osteoarticular.

A **existência de um único PC** para tomar conta da pessoa dependente leva a que a esta atividade se torne mais exaustiva, pelo que são vários autores que abordam a necessidade do envolvimento de outros familiares nos cuidados (Naylor, 1994; Maramba, 2004; Eija et al., 2005; Grimmer et al., 2005; Schumacher et al., 2006, 2008; Walker et al., 2007). Na amostra identifica-se que alguns PC exercem o seu papel com ajuda de familiares, amigos, vizinhos ou outros significativos. Verifica-se que 42 PC (43,8%) deste estudo usufruem dessa ajuda e referem que sozinhos talvez não conseguissem exercer adequadamente este papel. No entanto, o número de PC que desempenha este papel sem a ajuda de outra pessoa é mais elevado 59 (56,2%).

A **coabitação do PC** com o dependente é um fator de proximidade, que conduz habitualmente a uma maior facilidade na identificação das necessidades da pessoa dependente, e consequentemente, a uma melhor qualidade de cuidados. Para Schumacher et al. (2006) os PC que não coabitam com o indivíduo dependente muitas vezes não reconhecem as suas verdadeiras necessidades. No caso concreto dos PC que integram o estudo, a grande maioria dos PC (81,9%) coabita com a pessoa com dependência, o que pode indicar maior envolvimento do PC com a pessoa dependente,

uma vez que a coabitação aumenta, o envolvimento do PC e pessoa dependente (Schumacher et al., 2006).

No estudo de Schumacher et al. (2006), a **experiência anterior de cuidados** foi considerada uma das mais importantes características para o exercício do papel de PC e que mais influenciou de forma positiva os processos de prestação de cuidados. No presente estudo, a maioria (62,9 %) dos PC não tem qualquer tipo de experiência prévia no tomar conta de pessoas dependentes: nunca tomou conta de nenhuma, ou apenas está a tomar conta da atual pessoa dependente. Com alguma experiência de cuidados, por já terem cuidado de outras pessoas dependentes ou por terem tido profissões relacionada com a atividade de tomar conta (trabalhar em lares, auxiliares de ação médica, enfermeiras) identificaram-se 39 PC (37,1%).

No estudo, procura-se também identificar aqueles PC que para além da pessoa dependente atualmente internada, **têm a seu cargo outros dependentes**, por se considerar ser um fator relevante para a percepção de autoeficácia do PC. Se, por um lado, esta experiência pode facilitar o desempenho do papel de tomar conta do dependente pela experiência adquirida; por outro lado, pode trazer uma maior dificuldade no processo de gestão dos cuidados a mais que uma pessoa dependente e constituir-se uma sobrecarga física e emocional para o PC. Na amostra identificam-se 23 PC (21,9%) que assumem simultaneamente o papel de prestar cuidados a mais do que um dependente. Alguns verbalizaram uma grande sobrecarga física e emocional, principalmente porque o fazem sem ajuda de outras pessoas, referindo o sentimento de abandono por parte da família.

O **apoio social** revela-se em vários estudos, uma das variáveis mais importantes para continuidade de cuidados, nomeadamente no apoio para o regresso a casa e no acompanhamento do PC e pessoa dependente (Family Caregiver Alliance, 2006; Walker et al., 2007; Sequeira, 2007; Petronilho, 2007). No estudo, verifica-se que 31 PC (29,5 %) usufruem de apoio social institucional, enquanto 74 (70,5%) não têm esse apoio. Os PC que já tinham o apoio social institucional referem que pretendem mantê-lo, para além destes, mais 31 PC (29,5 %) manifestam a intenção de recorrer a esse apoio. Os restantes PC que manifestam não pretender recorrer ao apoio social têm o apoio familiar ou de vizinhos, outros não sentem necessidade por se sentirem capazes de desempenhar as atividades necessárias para tomar conta do dependente sem ajuda de outras pessoas, outros não têm recursos financeiros para o fazerem.

Relativamente à existência de **recursos financeiros** para assegurar o desempenho do papel de tomar conta da pessoa dependente, 75 PC (71,4%) referirem ter recursos para assegurar os cuidados; no entanto, todos eles referem que

o rendimento tem que ser gerido com precaução, para suprir os gastos associados a este contexto. Os restantes 30 PC (28,6%) referem não possuir recursos financeiros, mencionando muita dificuldade em assegurar cuidados por falta de recursos.

TABELA 2: Caracterização sociodemográfica do PC

Variáveis sociodemográficas (nominais)		Frequência	%	N	Σ (%)
Sexo	Feminino	88	83,8%	105	100%
	Masculino	17	16,2%		
Parentesco	Marido/esposa	44	41,9%	105	100%
	Filho/filha	49	46,7%		
	Irmão/irmã	1	1,0%		
	Neto/neta	1	1,0%		
	Pai/mãe	1	1,0%		
	Afinidade (Nora)	7	6,7%		
	Sem parentesco	2	1,9%		
Escolaridade	Analfabeto	1	1,0%	105	100%
	1º Ciclo	74	70,5%		
	2º Ciclo	9	8,6%		
	3ºCiclo	5	4,8%		
	Secundário	6	5,7%		
	Ensino Superior	10	9,5%		
Profissão	Especialistas das profissões intelectuais e científicas	2	1,9%	105	100%
	Técnicos e profissionais de nível intermédio	5	4,8%		
	Operários, artificies e trabalhadores similares	2	1,9%		
	Pessoal dos serviços e vendedores	1	1,0%		
	Trabalhadores não qualificados	17	16,2%		
	Outra	1	1,0%		
	Estudante	1	1,0%		
	Doméstico	37	35,2%		
	Reformado	33	31,4%		
	Desempregado	6	5,7%		
Problemas de saúde	Sim	74	70,5%	105	100%
	Não	31	29,5%		
Única pessoa que toma conta	Sim	59	56,2%	105	100%
	Não	46	43,8%		
Coabita com dependente	Sim	86	81,9%	105	100%
	Não	19	18,1%		
Experiencia anterior	Sim	39	37,1%	105	100%
	Não	66	62,9%		
Cuida de mais pessoas	Sim	23	21,9%	105	100%
	Não	82	78,1%		
Beneficia de apoio institucional	Sim	31	29,5%	105	100%
	Não	74	70,5%		
Pretende recorrer a apoio institucional	Sim	62	59%	105	100%
	Não	43	41%		
Recursos financeiros.	Sim	75	71,4%	105	100%
	Não	30	28,6%		

3.1.2 - Caracterização Do Dependente

Como referido na apresentação das opções metodológicas, para a caracterização da pessoa dependente, quanto ao seu nível de dependência para o autocuidado, recorreu-se ao Instrumento “*Avaliação do auto cuidado*” (ESEP, 2010), para identificar em que domínios do autocuidado em que a pessoa necessita de ajuda do PC e/ou substituição para a realização desses autocuidados.

O Autocuidado é uma, “*Atividade executada pelo próprio (...) tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária.*” (ICN, 2005, 2011). Assim, quando a pessoa apresenta algum nível de dependência que impede que ela própria exerça esse comportamento e necessita de alguém que a ajude ou substitua surge a necessidade do PC. No presente estudo, os domínios do autocuidado cujo nível de dependência é analisado são: tomar banho, vestir e despir-se, andar, alimentar-se, uso do sanitário, elevar-se, virar-se, transferir-se.

Do estudo fazem parte 105 de pessoas dependentes para o autocuidado admitidos no Departamento de Medicina da ULS Matosinhos no referido período. Em que o tempo de internamento foi em média de 19,0 dias, com uma mediana de 17,50 e um desvio padrão de 13,08, existindo uma variância grande nos dias de internamento entre 1 e 62 dias (TABELA 3).

TABELA 3: Tempo de internamento da pessoa dependente em dias

Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
19,0	17,50	13,08	1,0	62,0

Procedeu-se inicialmente a uma breve **caracterização sociodemográfica** das pessoas dependentes de quem os PC do estudo tomam conta, ou seja, 105 pessoas dependentes internadas no Departamento de Medicina.

Identificaram-se 62 pessoas (59%) com **dependência prévia** ao episódio de internamento e 43 pessoas (41%) cuja dependência se instalou no presente internamento. Na variável **sexo** verifica-se que 54 (51,4%) das pessoas dependentes são do sexo feminino e 51 (48,6%) do sexo masculino.

Relativamente à **idade** das pessoas dependentes, verifica-se que a média de idade é de 77,1 anos, com um desvio padrão de $\pm 10,7$ anos, sendo que a pessoa mais nova tem 41 anos e a mais velha tem 97 anos e que 50% da amostra tem idade acima

dos 79 anos (TABELA 4). Pela análise interquartil da frequência de idades constata-se que 75% dos dependentes tem idade superior a 71 anos.

TABELA 4: Caracterização da pessoa dependente do estudo quanto à idade

Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
77,1	79,0	10,7	41	97

No estudo, a caracterização do **nível de dependência** da pessoa foi realizada em dois momentos distintos: na admissão e na alta. Como foi referido, o instrumento de avaliação do Autocuidado utilizado foi desenvolvido com base nas escalas da NOC, sendo operacionalizadas as seguintes variáveis de diferencial semântico: “dependente, não participa”, “necessita de ajuda de pessoa”, “necessita de equipamento”, “completamente independente”, numa escala tipo Likert com 4 pontos:

- Completamente independente **1**
- Necessita de equipamento **2**
- Necessita de ajuda de pessoa **3**
- Dependente não participa **4**

O nível de dependência global avaliado tem em conta os quatro parâmetros referidos, constata-se que o score médio da dependência verificada (n=105) no **momento da admissão** é de 3,5, traduzindo um nível de dependência elevado, entre o “necessitar de ajuda de pessoa” e a “dependência em que a pessoa não participa”, com um desvio padrão de $\pm 0,6$, com um score máximo de dependência de 4 e um score mínimo de dependência de 1; e uma mediana de 3,8 (50% das pessoas apresentam um nível de dependência situado entre o score 3,8 e 4 (TABELA 5).

TABELA 5: Caracterização do nível de dependência global da pessoa dependente na admissão

Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
3,5	3,8	0,6	1,0	4

No **momento da alta** procedeu-se também à avaliação do nível de dependência (n=105), nos moldes já anteriormente referidos (TABELA 6), verificando-se um score médio da dependência de 3,4, com um desvio padrão de $\pm 0,8$, para um score mínimo de 1 e um score máximo de 4; e uma mediana de 3,8 (50% das pessoas apresentam um nível de dependência situado entre o score 3,8 e 4) (TABELA 6).

TABELA 6: Caracterização do nível de dependência global da pessoa dependente na alta

Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
3,4	3,8	0,8	1,0	4

Estes níveis de dependência elevados tornam evidentes as exigências de capacidades que o PC terá que ter para fazer face às necessidades de autocuidado da

pessoa dependente. Contudo, a existência em alguns casos de um nível médio de dependência mais baixo no momento da alta, alerta para a necessidade de também preparar o PC para desempenhar o papel fundamental de promotor do potencial de autonomia da pessoa com dependência. São situações menos frequentes, estas cujo nível de dependência é baixo, em que há tendência para a subestimação da pessoa dependente na realização das suas atividades, pelo que é importante que o enfermeiro esteja desperto para a importância da sua intervenção na vida desta pessoa dependente e do PC, realçando a importância do PC não substituir a pessoa nas atividades que ela consegue fazer e promover o seu envolvimento e participação no autocuidado em tudo o que a pessoa dependente consegue fazer.

Outras vezes, e mais frequentes, são as situações em que a pessoa dependente tem muito pouca autonomia, necessitando de ser substituída em praticamente todos os autocuidados, habitualmente designa-se por pessoas dependentes e acamadas, no estudo na análise desta situação de “acamados(as)”, verifica-se que 61 (58,1%) das pessoas dependentes são acamadas, situação relatada pelos PC (TABELA 7).

TABELA 7: Caracterização da pessoa dependente quanto à situação de “acamado(a)”

		Frequência	Percentagem	N
Acamado	Não	44	41,9%	105
	Sim	61	58,1%	

Neste trajeto de investigação procura-se, então, compreender qual o nível de dependência relativamente a cada domínio do autocuidado anteriormente referidos. Os dados recolhidos sistematizam-se na TABELA 8.

Pela análise desta tabela, compreende-se que é significativa a percentagem de pessoas dependentes que necessitam de ajuda ou não participam em cada domínio do auto cuidado. Não descorando a pequena percentagem de pessoas com menos dependência em que é muito importante investir na promoção da sua autonomia e na preparação do PC para essa conquista de autonomia.

Os dados revelam que uma grande quantidade de PC tem um papel muito importante na ajuda e substituição da pessoa dependente, o que pode acarretar uma maior sobrecarga física e emocional.

A tabela mostra a dependência das pessoas em cada domínio do autocuidado. Dos parâmetros da escala de diferencial semântico que incluem um maior número de pessoas com dependência destacam-se: “dependente não participa” e “precisa de ajuda de pessoa”, que caracterizam os níveis mais elevados de dependência.

TABELA 8: Caracterização do nível de dependência em cada domínio do autocuidado

Nível de dependência no autocuidado		Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de Equipamento	Independente	N	Σ (%)
		4	3	2	1		
Alimentar-se	Admissão	56 (62,2%)	29 (32,2%)		5 (5,6%)	90	100
	Alta	50 (55,6%)	37 (41,1%)		3 (3,3%)	90	100
Andar	Admissão		8 (88,9%)		1 (11,1%)	9	100
	Alta		8 (88,9%)		1 (11,1%)	9	100
Elevar-se	Admissão		16 (84,2%)		3 (15,8%)	19	100
	Alta	1 (5,3%)	15 (78,9%)		3 (15,8%)	19	100
Uso de Sanitário	Admissão	56 (58,9%)	37 (38,9%)	2 (2,1%)		95	100
	Alta	61 (64,2%)	22 (23,1%)	1 (1,1%)	11 (11,6%)	95	100
Tomar banho	Admissão	59 (58,4%)	41 (40,6%)		1 (1,0%)	101	100
	Alta	57 (56,4%)	42 (41,6%)		2 (2,0%)	101	100
Transferir-se	Admissão	30 (45,5%)	34 (51,5%)	1 (1,5%)	1 (1,5%)	66	100
	Alta	35 (53,0%)	25 (37,9%)	1 (1,5%)	5 (7,6%)	66	100
Vestir-se	Admissão	58 (58,6%)	41 (41,4%)			99	100
	Alta	56 (56,6%)	41 (41,4%)		2 (2,1%)	99	100
Virar-se	Admissão	52 (59,1%)	30 (34,1%)	2 (2,3%)	4 (4,5%)	88	100
	Alta	52 (59,1%)	29 (33,0%)	2 (2,3%)	5 (5,7%)	88	100

Podemos verificar que no momento da admissão, a maior parte das pessoas dependentes apresentam um nível de dependência de “dependente não participa” ou “precisa de ajuda de pessoa”; que se mantêm no momento da alta. Contudo no momento da alta, os valores obtidos apontam para níveis percentuais menores de dependência em quase todos os autocuidados.

Numa análise detalhada, verifica-se que para o **autocuidado alimentar-se** no momento da admissão, 56 (62,2%) pessoas dependentes não o podem fazer sem uma pessoa que a substitua neste autocuidado, este número diminui no momento da alta, passa para 50 (55,6%) de pessoas nestas condições. Percebe-se que diminui a percentagem do “dependente não participa” e aumenta o número de pessoas que “precisa de ajuda de pessoa”.

No decurso da investigação percebe-se que em poucas pessoas dependentes tinha sido avaliado o **autocuidado andar**, facto que se encontra associado à incapacidade da maioria das pessoas dependentes para andar, encontrando-se “acamadas” (já referenciado anteriormente com dados da tabela 7). Contudo, dos dados apresentados verifica-se que a quem foi avaliado o nível de dependência para andar, 8 (88,9%) “precisa de ajuda de pessoa” e 1 (11,2%) é “independente”, tanto no momento da admissão como da alta.

O princípio aplicado para a avaliação do nível de dependência em todos os autocuidados, é só serem avaliados quando a condição do doente o permite, daí que o número de pessoas dependentes avaliadas em cada autocuidado tenha sido inconstante.

Desta forma, compreende-se que no **autocuidado elevar-se** se verifique que só foi possível avaliar o nível de dependência a 19 pessoas. Dos dados verifica-se que no momento da admissão 16 (84,2%) das pessoas dependentes “precisa de ajuda de pessoa” e 3 (15,8%) é “independente”. No momento da alta, os dados são sobreponíveis, verificando-se uma situação de “dependente não participa”, observando-se nos restantes casos os mesmos contextos de dependência: 15 (78,9 %) a “precisar de ajuda de pessoa” e 3 (15,8%) “independentes” em relação ao autocuidado elevar-se.

Na avaliação do nível de dependência do **autocuidado uso de sanitário** no momento da admissão, 56 (58,9%) das pessoas é “dependente não participa” no autocuidado uso do sanitário, 37 (38,9%) “necessita de ajuda de pessoa” e 2 (2,1%) das pessoas dependentes “necessita de equipamento” para a realização deste autocuidado. No momento da alta verifica-se no grupo em análise que o número de casos das pessoas com nível “dependente não participa” é de 61 (64,2%), a “precisar de ajuda de pessoa” verificam-se 22 (23,1%) casos, e que 1 pessoa (1,1%) “necessita de equipamento” e 11 (11,6%) de pessoas são totalmente independentes no autocuidado uso do sanitário.

Na análise do **autocuidado tomar banho**, sendo o autocuidado com maior número de registos 101, verifica-se que no momento da admissão 59 (58,4%) das pessoas dependentes é “dependente não participa”, 41 (40,6%) “precisa de ajuda de pessoa” e que 1 (1,0%) é “independente”. No momento da alta verifica-se que pelo menos 2 pessoas melhoraram o nível de dependência, pois verifica-se que 57 (56,4%) são pessoas “dependentes não participam”, a “precisar de ajuda de pessoa”

encontram-se 42 (41,6%) e 2 (2,0%) são “independentes” (pelo menos mais 1 pessoa passou a ser independente para o autocuidado tomar banho).

Em relação ao **autocuidado transferir-se**, volta a ser visível o elevado nível de dependência deste grupo de pessoas dependentes. Os dados revelam que no momento da admissão, 30 (45,5%) pessoas que para se transferirem da cama para o cadeirão ou vice-versa, são “dependentes não participam”, 34 (51,5%) “precisa de ajuda de pessoa” e 1 (1,5%) “necessitar de equipamento”. No momento da alta verifica-se que 35 (53,0%) estão “dependentes não participam”, revelando um agravamento da dependência de pelo menos 5 casos (7,5%), verifica-se que 25 (37,9%) pessoas dependentes “precisam de ajuda de pessoa”, 1 pessoa (1,5%) “necessita de equipamento” e 5 (7,6%) encontram-se “independentes” para o auto cuidado transferir-se, revelando que em 4 casos (6,1%) as pessoas conquistaram a sua independência para este auto cuidado,

No **autocuidado vestir-se** verifica-se que, no momento da admissão 58 (58%) pessoas são “dependentes não participam” e 41 (41,4%) de pessoas que “precisam de ajuda de pessoa”. Porém, no momento da alta verifica-se uma redução destes casos passando para 56 (56,6%) pessoas “dependentes não participa”, 41 (41,4%) a “precisar de ajuda de pessoa” e 2 (2,1%) tornaram-se independentes para o autocuidado vestir-se.

Pela análise do **autocuidado virar-se**, verifica-se que dos 88 casos em que foi avaliada o nível de dependência, no momento da admissão verifica-se que 52 (59,1%) das pessoas é “dependente não participa”, em 30 casos (34,1%) “precisa de ajuda de pessoa”, 2 (2,3%) “necessitar de equipamento” e 4 (4,5%) são “independentes”. Comparando com os resultados obtidos no momento da alta verifica-se que 52 (59,1%) pessoas dependentes foram avaliadas “dependentes não participam”, 29 (33,0%) “precisa de ajuda de pessoa”, 2 (2,3%) “necessitar de equipamento” e 5 (5,7%) é “independentes”, percebe-se que pelo menos uma pessoa se tornou independente em relação ao autocuidado virar-se.

Em relação à dependência nos diferentes autocuidados percebe-se que os PC, elementos centrais deste estudo, necessitam de adquirir competências que lhe permitam tomar conta da pessoa dependente. Globalmente, os níveis de dependência das pessoas que necessitam de ajuda de PC aqui mencionadas, traduzem um grande impacto físico e emocional no PC e na estrutura familiar; bem como impacto socioeconómico para que o PC possa responder adequadamente ao desafio de

assumir o desempenho deste papel (Zagonel, 1999; Meleis, et al., 2000; Shyu, 2000; Hanson, 2005; Family Cargiver Alliance, 2006, 2007; Schumacker et al., 2006, 2008; Petronilho, 2007; Sequeira, 2007; Silva, 2007). Daí a importância do reconhecimento de cada caso, “como um caso” (específico) para a adequada preparação do PC para tomar conta da pessoa dependente, para o incentivo da pessoa dependente na conquista da sua autonomia, para a promoção do envolvimento familiar e para a ativação dos recursos da comunidade. Só desta forma será possível contribuir para a promoção da autonomia do dependente em determinadas situações e noutras evitar as complicações inerentes à condição de dependência.

3.2 - Avaliação Da Perceção Da Autoeficácia Do Prestador De Cuidados

Como foi referido anteriormente, para se efetuar a caracterizar perceção da autoeficácia do PC para cuidar da pessoa dependente utilizou-se o instrumento “Avaliação da Perceção da Autoeficácia do PC Para Cuidar do Dependente” (ESEP, 2010), constituído por 114 itens, agrupados em oito subescalas, de acordo com focos do domínio do autocuidado (ICN, 2005): tomar banho; vestir-se ou despir-se; alimentar-se; uso do sanitário; virar-se; transferir-se; andar; tomar medicação”. Os resultados de cada item são expressos através de uma escala tipo Likert com 4 pontos:

- | | |
|---------------------------|----------|
| • Incompetente | 1 |
| • Pouco competente | 2 |
| • Medianamente competente | 3 |
| • Muito competente | 4 |

À semelhança do exposto anteriormente para a avaliação da dependência no autocuidado, também para a avaliação da perceção de autoeficácia do PC procede-se à avaliação em dois momentos: na admissão e na alta hospitalar da pessoa dependente de acordo com os critérios previamente estabelecidos.

Dos dados recolhidos procedeu-se inicialmente a análise descritiva, e posteriormente, verificou-se a eventual existência de correlações ou diferenças estatisticamente significativas entre a PAE do PC e as variáveis de atributo dos sujeitos em estudo e dos respetivos doentes.

Neste estudo procurou-se identificar o potencial do instrumento “*Avaliação da percepção da autoeficácia do prestador de cuidados para cuidar do dependente*” (ESEP, 2010) para avaliação o nível de PAE do PC. Avaliou-se a consistência interna através da determinação do coeficiente de correlação de “*Alpha de Cronbach*”(α), cujo resultados para cada domínio do autocuidado estão expressos na TABELA 9, sendo que o *Alpha de Cronbach da PAE Global* para o autocuidado encontrado foi de 0,838, o que revela uma consistência interna boa, segundo Pestana & Gageiro (2008), e da avaliação inter-itens o mínimo encontrado foi um α de 0,794 e um máximo de 0,888.

TABELA 9: Valores de *Alpha de Cronbach*(α) para o instrumento “*Avaliação da percepção da autoeficácia do prestador de cuidados para cuidar do dependente*” (ESEP, 2010)

PAE para o Autocuidado	Nº de itens	Valor de <i>Alpha de Cronbach</i>(α)	Valores máximos e mínimos se itens eliminados
Alimentar-se	15	0,711	Máximo: 0,727 Mínimo: 0,665
Andar	10	0,955	Máximo: 0,965 Mínimo: 0,944
Uso do sanitário	15	0,757	Máximo: 0,775 Mínimo: 0,710
Tomar Banho	16	0,791	Máximo: 0,802 Mínimo: 0,765
Tomar a medicação	14	0,743	Máximo: 0,765 Mínimo: 0,689
Transferir-se	10	0,824	Máximo: 0,830 Mínimo: 0,787
Vestir-se	10	0,524	Máximo: 0,553 Mínimo: 0,441
Virar-se	16	0,831	Máximo: 0,844 Mínimo: 0,808
PAE Global para o autocuidado	8	0,839	Máximo: 0,888 Mínimo: 0,794

3.2.1 - Avaliação da Percepção da Autoeficácia do PC no momento da admissão

Da **avaliação da percepção da autoeficácia do PC na admissão** (TABELA 10), que se reporta aos PC que já desempenhavam anteriormente o papel de PC, verifica-se que aproximadamente 80% dos PC referiram sentir-se “medianamente competentes” ou “muito competentes” para cuidar da pessoa dependente nos diferentes tipos de autocuidado, com exceção do autocuidado andar (53,6%).

No autocuidado transferir-se é menor o número de PC que refere sentir-se “mediamente competente” ou “muito competente” 43 (76,8%), compreensível pelo esforço físico que a técnica de transferência requer, pelo que muitas vezes o PC sem ajuda de outra pessoa dificilmente consegue transferir a pessoa dependente.

De referir, ainda, o facto de alguns PC referirem sentir-se incompetentes, ou seja, sem capacidades/confiança para desempenhar o seu papel de PC relativamente ao autocuidado andar (33,9%), autocuidado transferir-se (7,1%) e autocuidado virar-se (7,1%).

Verifica-se uma percepção de maior incapacidade para o autocuidado andar, que poderá ser explicada pela condição de dependência do doente, que em muitos casos está relacionada com complicações associadas à sua condição de dependência, nomeadamente falta de força muscular, rigidez articular, espasticidade, pé equino, que são complicações frequentemente associadas à condição de “acamado” da pessoa dependente. Verifica-se, ainda, que esta situação de dependência, muitas vezes com algumas destas complicações associadas, impede o treino de marcha durante o internamento como preparação para a alta hospitalar.

TABELA 10: Caracterização da PAE do PC relativamente a cada autocuidado na admissão

<i>Percepção da Autoeficácia do PC nos autocuidados na admissão</i>	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente	N (%)
	1	2	3	4	
Alimentar-se		3 (5,4%)	11 (19,6%)	42 (75,0%)	56 (100%)
Andar	19 (33,9%)	7 (12,5%)	8 (14,3%)	22 (39,3%)	56 (100%)
Uso de Sanitário		11 (19,6%)	30 (53,6%)	15 (26,8%)	56 (100%)
Tomar banho		3 (5,3%)	11 (19,3%)	43 (75,4%)	56 (100%)
Transferir-se	4 (7,1%)	9 (16,1%)	15 (26,8%)	28 (50,0%)	56 (100%)
Vestir-se		2 (3,6%)	15 (26,8%)	39 (69,9%)	56 (100%)
Virar-se	4 (7,1%)	6 (10,7%)	28 (50,0%)	18 (32,1%)	56 (100%)
Tomar a Medicação		9 (16,1%)	31 (55,4%)	16 (28,6%)	56 (100%)

Este sentimento de incapacidade e falta de confiança vêm corroborar com o descrito em alguns estudos quando se afirma que existem muitos PC sem preparação para lidar com as dificuldades ou incapacidades da pessoa dependente (Given, et al., 2008; Petronilho, 2007; Sequeira, 2007; Schumacker, et al., 2006), baseados em experiências pessoais, sujeitos a interpretações e julgamento do próprio PC, são fontes de uma fraca perceção de autoeficácia (Bandura, 1977, 1986, 1997, 2008). É muitas vezes necessário que o enfermeiro desfaça crenças pessoais do PC e o ajude a reformular os objetivos dos cuidados. Também poderá ser necessário e benéfico providenciar a ajuda social que mais se adequa às necessidades da pessoa dependente e do PC, para que o PC possa ter uma nova perspetiva do cuidar e adquira ou aumente a sua confiança.

3.2.2 - Avaliação da Perceção da Autoeficácia do PC no momento da alta

Da **avaliação da perceção da autoeficácia do PC no momento da alta**, observa-se através da TABELA 11, que 105 (100%) dos PC referem sentir-se “muito competente” ou “medianamente competente” para os autocuidados: alimentar-se, tomar banho e vestir-se.

TABELA 11: Caracterização da PAE do PC relativamente a cada autocuidado na alta

Perceção da Autoeficácia do PC nos autocuidados na alta	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente	N (%)
	1	2	3	4	
Alimentar-se			23 (21,9%)	82 (78,1%)	105 (100%)
Andar	24 (22%)	8 (7,6%)	18 (17,1%)	55 (52,4%)	105 (100%)
Uso de Sanitário	1 (1,0%)	10 (9,5%)	55 (52,4%)	39 (37,1%)	105 (100%)
Tomar banho			18 (17,1%)	87 (81,9%)	105 (100%)
Transferir-se	3 (2,9%)	8 (7,6%)	33 (31,4%)	61 (58,1%)	105 (100%)
Vestir-se			23 (21,9%)	82 (78,1%)	105 (100%)
Virar-se	1 (1,0%)	13 (12,4%)	53 (49,5%)	38 (37,1%)	105 (100%)
Tomar a Medicação		11 (10,5%)	50 (47,6%)	44 (41,9%)	105 (100%)

Relativamente aos autocuidados: uso de sanitário, transferir-se e tomar a medicação, identificamos 94 (89,5%) dos PC referem sentir-se capazes de exercer o

seu desempenho de forma adequada, quando referem sentir-se “muito competente” ou “mediamente competente”. No entanto nos mesmos autocuidados, no momento da alta, verifica-se que em 11 casos (10,5%) o PC considera não ter confiança nos seus conhecimentos e/ou capacidades para as atividades de tomar conta da pessoa dependente relativamente a estes autocuidados.

Prosseguindo a análise, verifica-se que 91 PC (86,6%) referem sentir-se muito capazes ou mediantemente capazes de assegurar as atividades de tomar conta inerentes ao autocuidado virar-se. Reconhece-se que no momento da alta, ainda se observam 14 casos (13,4%) em que os PC referem “pouca ou nenhuma confiança” para o desempenho da atividade de tomar conta no autocuidado virar-se. De salientar a relevância desta área do autocuidado, nomeadamente na prevenção de complicações inerentes à condição de dependência

A menor percentagem de autoconfiança do PC no desempenho do seu papel é visível no autocuidado andar, são 73 (69,5%) os PC que referem sentirem-se capazes de ajudar a pessoa dependente no autocuidado andar no momento da alta e 32 (29,6 %) com baixa perceção para o desempenho do seu papel no autocuidado andar, 24 (22,0%) referem mesmo “incompetência” para o desempenho nesta área específica. Os dados encontrados podem estar relacionados com a existência de um período de internamento de curta duração, que muitas vezes não permite que desenvolver estas capacidades com o PC, ou pelas complicações associadas à síndrome de desuso. Estes dados reforçam os achados de Petronilho (2007), quando um mês após a alta hospitalar encontrou durante a realização do seu estudo, PC sem a preparação necessária para tomar conta da pessoa dependente.

Por seu lado, a perceção de autoeficácia do prestador de cuidados para cuidar de doentes dependentes para os autocuidados alimentar-se, tomar banho e vestir-se são notoriamente as áreas de maior confiança do PC para o desempenho do seu papel. Considera-se que estes dados podem ser sustentados pelo facto destas áreas serem aquelas que permitem mais rapidamente o envolvimento e participação nos cuidados, não requerendo técnicas que envolvem maior diversidade de exemplificações. Por outro lado, são as áreas de maior destaque pelos enfermeiros nos momentos iniciais de preparação dos PC para lidar com a pessoa dependente.

De salientar que para o auto cuidado alimentar-se, o PC necessita frequentemente de dominar técnicas instrumentais outrora somente, associadas a técnicos de saúde e que atualmente com a intervenção do enfermeiro o PC consegue dominar e perceber confiança para as executar.

3.2.3 - Comparação da PAE do PC entre o momento da admissão e o momento da alta

Após a análise detalhada da PAE do PC para cada domínio do autocuidado em estudo no momento da alta clínica, tendo por base o grupo de PC na sua globalidade, optou-se por proceder à análise comparativa dos dados emparelhados no momento da admissão e da alta hospitalar (n=56). Esta comparação dos dados permite compreender como se comporta a PAE do PC após um período de internamento, para PC que já exerciam este papel antes deste momento, o que se reflete em termos de resultados, que traduzem os ganhos em confiança do PC para lidar com a situação da pessoa dependente, sensíveis aos cuidados de enfermagem.

A TABELA 12 traduz os resultados da avaliação da PAE do PC no momento da admissão e no momento da alta. Globalmente pode inferir-se a obtenção de ganhos na PAE do PC em todos os autocuidados.

Assim, da análise da **PAE do PC para o autocuidado alimentar-se** compreende-se que existe uma melhoria da PAE, veja-se que na admissão existem 3 (5,4%) de PC a referirem “pouca competência”, 11 (19,6%) referem sentir-se “medianamente competentes e 42 (75,0%) referem sentir-se “muito competentes”. Enquanto na alta já não existem PC que refiram sentir-se “pouco competentes”, o sentimento de “medianamente competente” diminui para 7 casos (12,5%) e aumenta o sentimento de “muito competente” para 49 casos (87,5%).

Analisando a **PAE do PC para o autocuidado andar** verifica-se que apenas um PC perceciona uma diminuição da autoeficácia da admissão para a alta, uma vez que são 19 (33,9%) os PC a sentirem-se incompetentes na admissão e 20 (35,7%) a referirem o mesmo sentimento no momento da alta. No entanto, em relação aos outros parâmetros de avaliação evidencia-se uma melhor PAE do PC para este autocuidado, diminui o sentimento de “pouco competente”, aumentando o sentimento de “medianamente competente” e “muito competente” para o autocuidado andar.

Na **PAE do PC para o autocuidado Uso do sanitário** sobressai uma melhoria generalizada da PAE do PC do momento da admissão para o momento da alta, refletindo-se numa diminuição de PC com o sentimento de “pouco competente” e no aumento acentuado de PC com o sentimento de “muito competente”.

Verifica-se que a **PAE do PC para o autocuidado tomar banho** melhora do momento da admissão para o momento da alta, veja-se que na admissão existem PC a experimentar o sentimento de “pouco competente”. Enquanto no momento da alta nenhum PC experimenta esse sentimento e a percepção de “muito competente” tem um aumento significativo de 43 (76,8%) no momento da admissão, para 50 (89,3%) no momento da alta.

Da análise **PAE do PC para o autocuidado Transferir-se** salienta-se a redução de PC que se percebem como “incompetentes” ou “pouco competentes” desde a avaliação efetuada no momento da admissão até a avaliação no momento da alta, com um aumento de PC que se percebem “mediamente competentes” e “muito competentes” do momento da admissão para o momento da alta.

A **PAE do PC para o autocuidado Vestir-se**, também melhora no momento da alta quando comparada com a do momento da admissão. Assim, os PC que se sentiam “pouco competentes” deixaram de perceber esse sentimento, diminuiu a percepção de “mediamente competente” e aumentou a percepção de “muito competente” de 39 (69,9%) PC na admissão para 45 (80,4%) casos na alta.

Na análise da **PAE do PC para o autocuidado para o auto cuidado Virar-se**, também se verifica uma melhoria da PAE do PC do momento da admissão para o momento da alta. Salienta-se o facto de no momento da admissão existirem 4 (7,1%) PC que se consideram “incompetentes” e 6 (10,7%) “pouco competentes” para lidar com a dependência da pessoa neste autocuidado. Ainda que este número tenha diminuído no momento da alta, verificam-se alguns casos de PC que ainda se consideram sentem-se “incompetentes” (1,8%) e “pouco competentes” (5,4%). Este facto não deixa de ser preocupante, uma vez que é um dos autocuidados que mais contribui para evitar complicações inerentes à condição de dependência. Realça-se, o aumento patente na percepção de “muito competente” de 18 (32,1%) dos PC na admissão para os 31 PC (55, 4%) que percebem este mesmo nível no momento da alta.

A **PAE do PC para o autocuidado tomar a medicação**, segue a mesma tendência dos anteriores autocuidados, com uma diminuição dos PC que se percebem como “pouco competentes” e “mediamente competentes”. Realçando o aumento da percepção de “muito competente” 16 (28,6%) PC na admissão para 29 (51,8%) no momento da alta.

TABELA 12: Caracterização da PAE do PC relativamente a cada autocuidado no momento da admissão e no momento da alta

Perceção da Autoeficácia do PC nos autocuidados		Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente	N (%)
		1	2	3	4	
Alimentar-se	Admissão		3 (5,4%)	11 (19,6%)	42 (75,0%)	56 (100%)
	Alta			7 (12,5%)	49 (87,5%)	56 (100%)
Andar	Admissão	19 (33,9%)	7 (12,5%)	8 (14,3%)	22 (39,3%)	56 (100%)
	Alta	20 (35,7%)	4 (7,1%)	9 (16,1%)	23 (41,1%)	56 (100%)
Uso de Sanitário	Admissão		11 (19,6%)	30 (53,6%)	15 (26,8%)	56 (100%)
	Alta		6 (10,7%)	29 (51,8%)	21 (37,5%)	56 (100%)
Tomar banho	Admissão		3 (5,4%)	10 (17,9%)	43 (76,8%)	56 (100%)
	Alta			6 (10,7%)	50 (89,3%)	56 (100%)
Transferir-se	Admissão	4 (7,1%)	9 (16,1%)	15 (26,8%)	28 (50,0%)	56 (100%)
	Alta	2 (3,6%)	5 (8,9%)	17 (30,4%)	32 (57,1%)	56 (100%)
Vestir-se	Admissão		2 (3,6%)	15 (26,8%)	39 (69,9%)	56 (100%)
	Alta			11 (19,6%)	45 (80,4%)	56 (100%)
Virar-se	Admissão	4 (7,1%)	6 (10,7%)	28 (50,0%)	18 (32,1%)	56 (100%)
	Alta	1 (1,8%)	3 (5,4%)	21 (37,5%)	31 (55,4%)	56 (100%)
Tomar a Medicação	Admissão		9 (16,1%)	31 (55,4%)	16 (28,6%)	56 (100%)
	Alta		3 (5,4%)	24 (42,9%)	29 (51,8%)	56 (100%)

3.2.4 - Comportamento da variável PAE do PC entre o momento da admissão e o momento da alta

Após a análise comparativa das frequências existentes nos diferentes itens do diferencial semântico da PAE do PC no momento da admissão e no momento da alta, procurou-se conhecer como se comporta a variável PAE do PC nestes dois momentos, com recurso à estatística inferencial não paramétrica, dado que as diferenças não se distribuem normalmente, através da aplicação do teste de *Wilcoxon (Z)*. O recurso a

este teste de comparação estatística, permite analisar as diferenças entre duas condições no mesmo grupo de sujeitos, os dados ocorrem aos pares e são analisados numa sucessão única de valores ordenados (Pestana et al., 2008). Esta comparação é adequada para a amostra em estudo tendo em conta a comparação da PAE na alta com a PAE da admissão, face aos mesmos PC (TABELA 13).

TABELA 13: Comparação da PAE do PC na alta com a PAE do PC na admissão

<i>Wilcoxon test (Z)</i>		N	Mean rank	Significância
PAE no autocuidado alimentar na Alta comparada com a PAE no autocuidado alimentar na Admissão.	Diminuiu	2	5,50	P=0,019
	Aumentou	10	6,70	
	Manteve	44		
	Total	56		
PAE no autocuidado Andar na Alta comparada com a PAE no autocuidado Andar na Admissão	Diminuiu	5	5,50	P=0,593
	Aumentou	6	6,42	
	Manteve	45		
	Total	56		
PAE no autocuidado medicação na Alta comparada com a PAE no autocuidado medicação na Admissão.	Diminuiu	0	0,00	P <0,001
	Aumentou	18	9,50	
	Manteve	38		
	Total	56		
PAE no autocuidado uso do sanitário na Alta comparada com a PAE no autocuidado sanitário na Admissão	Diminuiu	1	6,00	P=0,005
	Aumentou	11	6,55	
	Manteve	44		
	Total	56		
PAE no autocuidado tomar banho na Alta comparada com a PAE no autocuidado tomar banho na Admissão	Diminuiu	0	0,00	P=0,008
	Aumentou	8	4,50	
	Manteve	48		
	Total	56		
PAE no autocuidado transferir na Alta comparada com a PAE no autocuidado transferir na Admissão	Diminuiu	4	6,38	P=0,044
	Aumentou	11	8,59	
	Manteve	41		
	Total	56		
PAE no autocuidado vestir na Alta comparada com a PAE no autocuidado vestir na Admissão	Diminuiu	1	3,50	P=0,033
	Aumentou	7	4,64	
	Manteve	48		
	Total	56		
PAE no autocuidado virar na Alta comparada com a PAE no autocuidado virar-se na Admissão	Diminuiu	1	9,50	P <0,001
	Aumentou	20	11,08	
	Manteve	35		
	Total	56		
PAE Global na Alta comparada com a PAE Global na Admissão	Diminuiu	8	16,38	P <0,001
	Aumentou	46	29,43	
	Manteve	2		
	Total	56		

Os resultados da comparação da PAE do PC na alta com a PAE do PC na admissão com recurso ao teste de *Wilcoxon (Z)*, permitem verificar diferenças estatisticamente significativas na avaliação da PAE relativamente aos autocuidados: alimentar-se, medicação, sanitário, tomar banho, transferir-se, vestir-se e virar-se (TABELA 13). Consideraram-se que as diferenças encontradas têm significado estatístico se $p < 0,05$ (significância).

Apenas na PAE do PC relativamente à dependência da pessoa para o autocuidado andar, os resultados não mostram diferenças estatisticamente significativas entre o momento da admissão e da alta. Relativamente às restantes situações observa-se o seguinte:

- Na **PAE do PC no autocuidado alimentar-se**, verificamos que 2 PC diminuíram a sua perceção de autoeficácia, 44 mantiveram a mesma perceção de autoeficácia e 10 aumentaram a sua perceção de autoeficácia acerca da sua capacidade em assegurar o auto cuidado alimentar-se;
- Na **PAE do PC no autocuidado medicação** verificou-se que nenhum PC diminuiu a sua PAE, 45 mantiveram a sua PAE e 18 aumentaram a sua PAE em relação à sua capacidade em assegurar o auto cuidado medicação;
- Na **PAE do PC no autocuidado auto cuidado uso do sanitário**, a PAE diminuiu num PC, manteve-se em 44 PC e aumentou em 11 PC;
- Na **PAE do PC no autocuidado tomar banho** não diminuiu em nenhum PC, 48 PC que mantiveram a sua PAE e aumentou em 8 PC.
- Na **PAE do PC no autocuidado transferir-se**, 4 PC percecionaram uma diminuição da autoeficácia, 41 mantiveram a sua perceção de autoeficácia, enquanto 11 PC percecionaram melhoria da PAE.
- Na **PAE do PC no autocuidado vestir-se**, 1 PC diminui a sua PAE, 48 PC mantiveram a sua PAE e 7 aumentaram a sua PAE para assegurar este auto cuidado.
- Na **PAE do PC no autocuidado virar-se**, 1 PC percecionou diminuição da autoeficácia, 35 mantiveram a sua PAE e 20 percecionaram aumento da sua PAE para assegurar o auto cuidado virar-se.

Nos autocuidados em que as diferenças encontradas são estatisticamente significativas, destacam-se o autocuidado tomar a medicação e autocuidado virar-se em que se verificam mais PC que percecionaram aumento da sua PAE.

A PAE global no momento da alta comparada com a PAE da admissão aumentou, dado que as diferenças encontradas são estatisticamente significativas ($p < 0,001$).

Ter conhecimento destes dados pode revelar-se importante para a tomada de decisão em enfermagem. Dá visibilidade à intervenção do enfermeiro na capacitação do PC com conhecimentos e habilidades para tomar conta da pessoa dependente e com estratégias que melhorem a PAE.

3.2.5 - Identificação de correlações entre a variável PAE do PC com os atributos do PC, com os atributos da pessoa dependente, com o tempo de internamento e com a dependência global

De seguida procedeu-se à verificação da existência de correlações estatisticamente significativas entre a PAE do PC e os atributos do PC ($n=105$), os atributos da pessoa dependente, o tempo do Internamento, a Dependência Global Admissão e na Alta. Em função dos dados obtidos anteriormente e porque se observaram diferenças com significado estatístico entre a PAE do PC no momento da admissão e a PAE do PC no momento da alta, optou-se por se proceder à análise inferencial entre as variáveis de atributo do PC, variáveis de atributo do DP, o tempo de internamento com a PAE do PC nos diferentes autocuidados.

Para explorar a relação entre estas variáveis de natureza quantitativa recorreu-se ao *Coeficiente de Correlação Ró de Spearman*, considerando que é o adequado para medir a intensidade da relação entre variáveis ordinais. Este coeficiente varia entre -1 e 1, quanto mais perto está dos extremos, maior é associação linear entre variáveis (Pestana e Gageiro, 2008). Optou-se por seguir os valores referidos por estes autores para classificar a intensidade da correlação: entre 0 e 0,19 muito fraca; entre 0,2 e 0,39 fraca; entre 0,4 e 0,69 moderada; entre 0,7 e 0,89 forte; e por fim entre 0,9 e 1 muito forte. Lógica semelhante aplica-se às correlações negativas. O sinal negativo refere uma relação inversamente proporcional. Estas relações entre variáveis só têm interpretação estatística significativamente relevante se a significância (Sig.) ou $p < 0,05$.

Os resultados obtidos pela aplicação de teste *Coeficiente de Correlação Ró de Spearman* para pesquisa de correlações estão sistematizados na TABELA 14, que permite verificar:

1. Que na PAE do PC no auto cuidado alimentar-se no momento da alta existe uma associação positiva e fraca com a idade do DP, ou seja os PC tendem a manifestar maior PAE para o autocuidado alimentar-se quando aumenta a idade do DP (*Ró de Spearman*=0,231, com $p=0,017$).
2. Uma associação negativa fraca entre a PAE do PC no auto cuidado andar da admissão e a idade do PC, ou seja quanto mais idoso for o PC tende a manifestar menor PAE para o autocuidado andar na admissão (*Ró de Spearman*=-0,282, com $p=0,037$).

3. Uma correlação negativa forte entre a PAE do PC no auto cuidado andar na admissão e a DP Global na admissão. Isto é, a PAE do PC para o autocuidado andar na admissão é tanto menor quanto maior for a DP global na admissão (*Ró de Spearman*=-0,774, com $p=0,000$).
4. Na correlação da PAE do PC no auto cuidado andar no momento da admissão com a DP Global na alta, verifica-se de uma correlação negativa forte em que a PAE do PC no auto cuidado andar na admissão é tanto menor, quanto maior for a DP Global na alta (*Ró de Spearman*=-0,734, com $p=0,000$).
5. A PAE do PC no auto cuidado andar no momento da alta é tanto menor quanto maior for a idade do DP. Verifica-se uma correlação negativa fraca (*Ró de Spearman*=-0,206, com $p=0,035$).
6. Para PAE do PC do momento da alta para o autocuidado andar verifica-se uma correlação negativa forte com a DP Global na admissão, ou seja, quanto maior é a DP Global na admissão, menor é a PAE do PC para o autocuidado andar na alta (*Ró de Spearman*=-0,721, com $p=0,000$).
7. No mesmo sentido a PAE do PC para o autocuidado andar no momento da alta apresenta uma correlação negativa moderada com a DP Global da pessoa DP alta, isto é, a PAE do PC no momento da alta é tanto menor quanto maior for a DP Global da pessoa do momento da alta (*Ró de Spearman*=-0,691, com $p=0,000$).
8. Uma correlação negativa fraca da PAE do PC no autocuidado tomar a medicação na alta com a idade do PC, ou seja quanto mais idoso for o PC menor é a sua PAE para o autocuidado tomar a medicação na alta (*Ró de Spearman*=-0,264, com $p=0,007$).
9. Uma correlação negativa fraca entre a PAE do PC para o autocuidado uso do sanitário na admissão e a idade do PC, isto é, quanto mais idoso for o PC menor é a sua PAE para o autocuidado uso do sanitário na admissão (*Ró de Spearman*=-0,383, com $p=0,004$).
10. Na correlação da PAE do PC para o autocuidado uso do sanitário na admissão depara-se com uma correlação negativa moderada com a DP Global na admissão, ou seja, quanto maior for a dependência global no momento da admissão menor é a PAE do PC para o autocuidado uso do sanitário na admissão (*Ró de Spearman*=-0,496, com $p=0,000$).
11. Na correlação da PAE do PC no autocuidado uso do sanitário na admissão com a DP Global na alta, encontra-se de uma correlação negativa moderada em que a PAE do PC no autocuidado uso do sanitário na

admissão é tanto menor, quanto maior for a DP Global na alta ($Ró$ de *Spearman* = -0,436, com $p=0,001$).

12. Uma correlação negativa fraca entre a PAE do PC no autocuidado uso do sanitário na alta com a idade do PC, isto é, a PAE do PC para o autocuidado uso do sanitário na alta é tanto menor, quanto maior for a idade do PC ($Ró$ de *Spearman* = -0,306, com $p=0,002$).
13. Existe uma correlação negativa fraca entre a PAE do PC no autocuidado uso do sanitário na alta e a DP Global na admissão, isto é, a PAE do PC para o autocuidado uso do sanitário na alta é tanto menor quanto maior for a DP global na admissão ($Ró$ de *Spearman* = -0,370, com $p=0,000$).
14. Na correlação da PAE do PC no autocuidado uso do sanitário na alta com a DP Global na alta, a correlação é negativa e moderada, ou seja, a PAE do PC para o autocuidado uso do sanitário na alta é tanto menor quanto maior for a DP global na alta ($Ró$ de *Spearman* = -0,404, com $p=0,000$).
15. Na correlação da PAE do PC no autocuidado tomar banho na alta encontra-se uma correlação negativa fraca com a idade do PC, ou seja, quanto mais idoso é o PC menor é a PAE para o autocuidado tomar banho na alta ($Ró$ de *Spearman* = -0,266, com $p=0,006$).
16. Na correlação da PAE do PC para o autocuidado transferir-se na admissão com a idade do PC encontra-se uma correlação negativa fraca, ou seja, quanto mais idoso é o PC menor é a PAE deste para o autocuidado transferir-se na admissão ($Ró$ de *Spearman* = -0,332, com $p=0,013$).
17. Verifica-se que para a PAE do PC para o autocuidado transferir-se na admissão existe uma correlação negativa fraca com a DP Global na admissão, ou seja, quanto maior é DP Global na admissão, menor é a PAE do PC para o autocuidado transferir-se na admissão ($Ró$ de *Spearman* = -0,387, com $p=0,003$).
18. Uma correlação negativa fraca entre a PAE do PC no autocuidado transferir-se na admissão e a DP Global na alta, isto é, a PAE do PC para o autocuidado transferir-se na admissão é tanto menor quanto maior for a DP global na alta ($Ró$ de *Spearman* = -0,322, com $p=0,016$).
19. Encontra-se uma correlação negativa fraca da PAE do PC no autocuidado transferir-se na alta com a DP Global na admissão, ou seja, a PAE do PC no autocuidado transferir-se na alta é tanto menor, quanto maior for a DP Global na admissão ($Ró$ de *Spearman* = -0,254, com $p=0,010$).
20. Existe uma correlação negativa fraca da PAE do PC no autocuidado transferir-se na alta com a DP Global na alta, ou seja, a PAE do PC no

- autocuidado transferir-se na alta é tanto menor, quanto maior for a DP Global na alta (Ró de Spearman=-0,274, com $p=0,005$).
21. Há uma correlação negativa fraca da PAE do PC no autocuidado virar-se na alta com a idade do PC, ou seja quanto mais idoso for o PC menor é a sua PAE para o autocuidado virar-se na alta (Ró de Spearman=-0,312, com $p=0,001$).
 22. A correlação da PAE do PC no autocuidado virar-se na alta com a DP Global na alta é uma correlação positiva fraca, ou seja quanto maior for a DP Global na alta, maior é a PAE do PC para o autocuidado virar-se na alta (Ró de Spearman=0,205, com $p=0,038$).
 23. Existe uma correlação negativa fraca da PAE Global do PC na admissão com a idade do PC, ou seja quanto mais idoso for o PC, menor é a sua PAE Global do PC na admissão (Ró de Spearman=-0,331, com $p=0,013$).
 24. Existe uma correlação negativa fraca da PAE Global do PC na admissão com a DP Global na admissão, ou seja, quanto maior a DP Global na admissão, menor é a PAE Global do PC na admissão (Ró de Spearman=-0,334, com $p=0,012$).
 25. Encontra-se uma correlação negativa fraca da PAE Global do PC na admissão com a DP Global, encontra-se uma correlação inversamente proporcional fraca da PAE Global do PC na admissão com a DP Global na alta, ou seja quanto maior a DP Global na admissão, menor é a PAE Global do PC na alta (Ró de Spearman=-0,290, com $p=0,030$).
 26. Depara-se com uma correlação negativa moderada da PAE Global do PC na alta com a idade do PC, ou seja quanto mais idoso for o PC menor é a sua PAE Global na admissão (Ró de Spearman=-0,403, com $p=0,000$).
 27. Encontra-se uma correlação negativa fraca da PAE Global do PC na alta com a DP Global na admissão, ou seja quanto maior a DP Global na alta, menor é a PAE Global do PC na admissão (Ró de Spearman=-0,314, com $p=0,001$).
 28. Há uma correlação negativa fraca da PAE Global do PC na alta com a DP Global na alta, ou seja quanto maior a DP Global na alta, menor é a PAE Global do PC na alta (Ró de Spearman=-0,284, com $p=0,004$).

Portanto, de uma forma geral, os dados apontam para que a PAE do PC no autocuidado, está essencialmente correlacionada com a idade do PC e nível no nível de DP global. Em que o aumento de ambas as variáveis contribui para a diminuição da

PAE do PC. A idade do DP, também revelou correlação estatisticamente significativa com a PAE do PC no autocuidado andar na alta e com autocuidado alimentar na alta.

De realçar que não se encontrou qualquer tipo de correlação entre o tempo de internamento e a PAE do PC para qualquer um dos subdomínios do autocuidado.

TABELA 14: Correlação da variável PAE do PC com os atributos do PC, do DP, Tempo de Internamento e Dependência Global na Admissão e na Alta

<i>Coeficiente de Correlação Ró de Spearman</i>	Idade do PC	Idade do DP	Duração do Internamento	DP global na Admissão	DP global na Alta
	Correlação/Significância	Correlação/Significância	Correlação/Significância	Correlação/Significância	Correlação/Significância
PAE do PC no AC: alimentar-se na alta		0,231/ P=0,017			
PAE do PC no AC: andar na admissão	-0,282/ P=0,037			-0,774/ P=0,000	-0,734/ P=0,000
PAE do PC no AC: andar na alta		-0,206/ P=0,035		-0,721/ P=0,000	-0,691/ P=0,000
PAE do PC no AC: tomar a medicação na alta	-0,264/ P=0,007				
PAE do PC no AC: uso do sanitário na admissão	-0,383/ P=0,004			-0,496/ P=0,000	-0,436/ P=0,001
PAE do PC no AC: uso do sanitário na alta	-0,306/ P=0,002			-0,370/ P=0,000	-0,404/ P=0,000
PAE do PC no AC: tomar banho na alta	-0,266/ P=0,006				
PAE do PC no AC: transferir-se na admissão	-0,332/ P=0,013			-0,387/ P=0,003	-0,322/ P=0,016
PAE do PC no AC: transferir-se na alta				-0,254/ P=0,010	-0,274/ P=0,005
PAE do PC no AC: virar-se na alta	-0,312/ P=0,001				0,205/ P=0,038
PAE GLOBAL DO PC NA ADMISSÃO	-0,331/ P=0,013			-0,334/ P=0,012	-0,290/ P=0,030
PAE GLOBAL DO PC NA ALTA	-0,403/ P=0,000			-0,314/ P=0,001	-0,284/ P=0,004

3.2.6 - Relação entre PAE global e atributos do PC do PC

Para conhecer a relação entre os atributos de natureza qualitativa do PC e a PAE Global do PC na alta, recorreu-se ao teste não paramétrico de *Mann-Whitney (U)*, que permitiu verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis sexo, escolaridade, experiência anterior, ter mais dependentes a seu cargo; e a PAE Global no momento da alta (cf. TABELA 17, ANEXO – IX).

Na TABELA 15, apresentam-se os resultados de diferenças com significado estatístico entre a PAE Global com os atributos dos PC, constata-se diferenças:

- 1) Entre a PAE Global e o grau de parentesco ($p=0,002$), verificando-se que a PAE Global é mais elevada quando os PC são os filhos;
- 2) Entre a PAE Global e a existência de problemas de saúde do PC ($p=0,005$), verificando-se que é superior nos PC que não têm problemas de saúde;
- 3) Entre a PAE Global e o facto de o PC ser o único a tomar conta da pessoa dependente ($p=0,003$), verificando-se que a PAE Global é maior quando estes não são os únicos a tomar conta da pessoa dependente;
- 4) Entre a PAE Global e o facto de o PC coabitar com a pessoa dependente ($p=0,003$), verificando-se que a PAE Global é maior quando estes não coabitam com a pessoa dependente;
- 5) Entre a PAE Global e existência de apoio institucional ($p=0,018$), verificando-se que a PAE Global é maior quando o PC que não usufrui de apoio institucional;
- 6) Entre a PAE Global do PC e o facto de pretender ter apoio institucional, ou continuar a usufruir desse apoio, o PC apresentam maior PAE Global, quando não pretendem ter esse apoio ($p=0,045$);
- 7) Entre a PAE Global e a existência de recursos financeiros para assegurar a continuidade de cuidados, verifica-se que a PAE Global é maior quando o PC que tem recursos financeiros ($p=0,035$).

TABELA 15: Diferenças da PAE Global do PC na alta quando comparadas com os atributos do PC

PERCEÇÃO DA AUTOEFICÁCIA GLOBAL NA ALTA E OS ATRIBUTOS DO PC (teste de Mann-Whitney (U))				
Variável		N	Mean Rank	Nível de Significância
Parentesco	Filho/filha	49	55,27	$P=0,002$
	Marido/esposa	44	37,80	
Problemas de saúde	Não	31	65,84	$P=0,005$
	Sim	74	47,62	
Única pessoa	Não	59	60,80	$P=0,003$
	Sim	46	43,00	
Coabitação	Não	19	71,76	$P=0,003$
	Sim	86	48,85	
Ter apoio institucional	Não	74	57,57	$P=0,018$
	Sim	31	42,10	
Pretende ter apoio institucional	Não	43	60,16	$P=0,045$
	Sim	62	48,03	
Ter recursos financeiros	Não	30	43,08	$P=0,035$
	Sim	75	56,97	

3.2.7 - Relação entre a PAE do PC e o juízo de diagnóstico dos enfermeiros acerca das competências do PC

No presente estudo procurou-se também conhecer a existência de diferenças com significado estatístico entre a PAE do PC e as competências (cognitivas e de habilidades) do PC para tomar conta da pessoa dependente demonstradas no momento da alta hospitalar, documentadas pelos enfermeiros.

Recorreu-se ao teste não paramétrico de *Mann-Whitney (U)*, que permitiu verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as competências (cognitivas e de habilidades) do PC para tomar conta da pessoa nos autocuidados vestir-se e alimentar-se e a PAE Global no momento da alta (cf. TABELA 18, ANEXO - X).

Na TABELA 16, apresentam-se os resultados com significância estatística entre a PAE Global do PC no momento da alta e as dimensões do conhecimento/aprendizagem e habilidades demonstradas face ao autocuidado:

- 1) Existe relação da PAE Global do PC e o conhecimento e aprendizagem de habilidades do PC sobre como tomar conta de um dependente para o **autocuidado banho**, verifica-se que é maior quando o PC demonstra conhecimento ($p<0,001$), aprendizagem de habilidades ($p<0,001$) e estratégias adaptativas para o autocuidado banho ($p<0,001$);
- 2) Existe relação da PAE Global do PC e o conhecimento e aprendizagem de habilidades do PC sobre como tomar conta de um dependente para o **autocuidado andar**, verifica-se que é maior quando o PC demonstra conhecimento ($p=0,017$) e aprendizagem de habilidades ($p=0,009$);
- 3) Existe relação da PAE Global do PC e o conhecimento e aprendizagem de habilidades do PC sobre como tomar conta de um dependente para o **autocuidado uso do sanitário**, verifica-se que é maior quando o PC demonstra conhecimento ($p<0,001$) e aprendizagem de habilidades ($p<0,001$);
- 4) Existe relação da PAE Global do PC com o conhecimento e aprendizagem de habilidades do PC sobre como tomar conta de um dependente para o **autocuidado transferir-se**, verifica-se que é maior quando o PC demonstram conhecimento ($p<0,001$), aprendizagem de habilidades ($p=0,004$) e estratégias adaptativas ($p<0,001$);

- 5) Existe relação da PAE Global do PC com o conhecimento do PC sobre como tomar conta de um dependente para o **autocuidado virar-se**, verifica-se que é maior quando o PC demonstra conhecimento sobre a técnica de posicionamento ($p=0,016$), quando os PC demonstram conhecimentos sobre estratégias adaptativas para posicionar ($p=0,010$) e conhecimentos para prevenir úlceras de pressão ($p=0,045$).

TABELA 16: Comparação da PAE global do PC com as competências demonstradas pelo PC

COMPARAÇÃO DA PAE GLOBAL DO PC COM AS COMPETÊNCIAS DEMONSTRADAS PELO PC (teste de Mann-Whitney (U))				
Variável		N	Mean Rank	Nível de Significância
Conhecimento do PC: Autocuidado banho	Não demonstrado	15	25,57	$p<0,001$
	Demonstrado	85	54,90	
Aprendizagem de habilidades do PC: Autocuidado banho	Não demonstrado	18	30,61	$p<0,001$
	Demonstrado	82	54,87	
Conhecimento do PC sobre estratégias adaptativas para dar banho	Não demonstrado	15	25,57	$p<0,001$
	Demonstrado	85	54,90	
Conhecimento do PC: Autocuidado andar	Não demonstrado	15	24,03	$p=0,017$
	Demonstrado	54	38,05	
Aprendizagem de habilidades do PC: Autocuidado andar	Não demonstrado	17	23,91	$p=0,009$
	Demonstrado	52	38,63	
Conhecimento do PC: Autocuidado uso do sanitário	Não demonstrado	11	19,14	$p<0,001$
	Demonstrado	94	56,96	
Aprendizagem de habilidades do PC: Autocuidado uso do sanitário	Não demonstrado	16	28,56	$p<0,001$
	Demonstrado	89	57,39	
Conhecimento do PC: Autocuidado transferir-se	Não demonstrado	28	31,96	$p<0,001$
	Demonstrado	69	55,91	
Aprendizagem de habilidades do PC: Autocuidado transferir-se	Não demonstrado	31	37,11	$p=0,004$
	Demonstrado	66	54,58	
Conhecimento do PC sobre estratégias adaptativas para transferir	Não demonstrado	28	31,96	$p<0,001$
	Demonstrado	69	55,91	
Conhecimento do PC sobre técnica de posicionamento	Não demonstrado	14	15,07	$p=0,016$
	Demonstrado	28	24,71	
Conhecimento do PC sobre estratégias adaptativas para posicionar	Não demonstrado	15	14,67	$p=0,010$
	Demonstrado	26	24,65	
Conhecimento do PC sobre como prevenir UP através do posicionamento	Não demonstrado	15	16,40	$p=0,045$
	Demonstrado	27	24,33	

3.3 - Discussão Dos Resultados

O crescente aumento do número da população idosa está intimamente ligado a um aumento do nível de dependência, assim como com um aumento da necessidade de cuidados de enfermagem. Cuidados estes que não abrangem unicamente a resolução de um episódio de doença, mas sobretudo exigem a preocupação com regresso a casa de uma forma segura, em que se prepara o indivíduo que foi acometido pela doença de forma a torná-lo o mais autónomo possível e em segurança, no caso de não ser possível fazê-lo sozinho surge então a necessidade de solicitar a colaboração de uma pessoa significativa que assuma o papel de prestador de cuidados para colmatar as limitações da pessoa que apresenta alguma dependência. E aqui novos desafios se impõe aos cuidados de enfermagem com a preparação do PC.

No entanto, o ambiente hospitalar é muito distinto do de casa, assim como os recursos disponíveis. Pelo que, a verdadeira noção das necessidades surgem no contexto domiciliário, daí a importância do acompanhamento do enfermeiro ao longo das diferentes fases de transição até à estabilização de novas rotinas, estilo de vida e atividades de autocuidado (Zagonel, 1999; Meleis et al., 2000; Grimmer, et al., 2005; Hanson, 2005; Schumacher, et al., 2006; Walker, et al, 2007; Given, et al, 2008).

A forma como o indivíduo encara a sua capacidade para o desempenho do papel de PC, faz parte de um complexo processo cognitivo de auto persuasão que se torna cíclico e retroalimentado, que é influenciado pela sua motivação, pela sua perceção de autoeficácia, pelo seu desempenho, que será tanto melhor quanto a sua motivação que depende do julgamento do seu desempenho ou seja da sua perceção de autoeficácia. Contudo o PC só pode reconhecer o seu desempenho como útil e adequado se incorporar os resultados pretendidos, reconhecendo a sua importância e aceitando-os como uma meta alcançável.

Somente estudos mais recentemente visam a vertente da perceção de autoeficácia do PC e o impacto na qualidade dos cuidados e no bem-estar do PC (Northouse, et al., 2010; Merluzzi, et al., 2011; Gallagher, et al., 2011b; Harmell, et al., 2011a, 2011b; Henndrix, et al., 2011; Savundranayagam, et al., 2011).

Pelo que no presente estudo conhecer a perceção de autoeficácia do PC, também foi o objetivo que o conduziu. Assim, este estudo conduziu a alguns resultados de investigação que se revelaram sobreponíveis ao que vem descrito na literatura, outros porém, podem ter leituras divergentes.

A idade das pessoas dependentes corresponde à descrição desta característica nos países desenvolvidos e que revelam um envelhecimento global da população, do qual Portugal não é exceção, com a pirâmide etária a ficar progressivamente invertida (INE, 2008). Idosos com necessidade de cada vez mais cuidados específicos, que outrora eram realizados unicamente por profissionais de saúde e atualmente têm que ser realizados por pessoas que maioritariamente não têm qualquer formação nesta área (Schumacker, et al., 2006; Given, et al., 2008).

Os PC que integram este estudo possuem características semelhantes às encontradas em outros estudos que têm como população-alvo os PC. São maioritariamente 83,3% do sexo feminino, 88,6% dos PC tem um grau de parentesco direto: conjugues, filhas ou filhos, (Schumacher, et al., 2006; Vilela, et al., 2006; Murphy, et al., 2007; Neumann, et al., 2007; Family Caregiver Alliance, 2007; Andrade, et al., 2008; Northouse, et al., 2010; Löckenhoff, et al., 2011; Powazki, 2011).

Quanto ao grau de escolaridade destes prestadores de cuidados, 70,5% possui apenas o 1º ciclo de escolaridade, este dado pode ser sustentado por uma questão cultural, tratando-se de uma faixa etária em que as mulheres não eram incentivadas a estudar, deveriam estar mais disponíveis para as tarefas de casa e do lar. Embora a baixa escolaridade possa dificultar a aquisição de conhecimentos (Fonseca, et al., 2008), a aprendizagem de habilidades pode ser facilitada pela capacidade de gerir o lar (Given, et al., 2008). O que pode ser uma provável justificação para que 35,2% dos PC do estudo serem domésticas, aliado ao facto de estarem “disponíveis” em casa.

Quando se percebe que a assumpção do papel de prestador de cuidados está associada na maior parte das vezes a grupos de pessoas que à partida têm maior disponibilidade e que neste estudo 33 (31,4%) dos PC são reformados, e que em muitos casos são os cônjuges que vão tomar conta do dependente, compreende-se a importância da especificidade da preparação do PC para o regresso a casa de dependentes idosos com PC esse, muitas vezes idoso, como é referido na revisão da literatura (Walker, et al., 2007). Relacionando estes factos com os dados do estudo em que a PAE Global do PC para o autocuidado que tende a diminuir com o aumento da idade do PC e que 50% dos PC do estudo tem mais de 59 anos e desses 25% tem mais de 68 anos, justifica-se uma atenção especial de enfermagem nas situações em que o PC, também ele é idoso.

Quando se compara a PAE global do PC com o grau de parentesco que tem com a pessoa dependente constata-se no actual estudo, que a PAE é maior quando grau de parentesco é filho(a), e que poderá ter uma relação directa com a idade do PC. Uma vez que os resultados indicam que é maior o número de PC com um grau de

parentesco directo, concomitantemente os dados revelam que o aumento da idade do PC conduz a uma diminuição da PAE do PC.

Outro aspeto relevante relacionado com os PC prende-se com a presença de problemas de saúde na maioria dos PC (70,5%). Este dado alerta-nos para o facto de o tomar conta de um dependente poder ser ainda mais penoso quando existem problemas de saúde, podendo dificultar os cuidados face às necessidades da pessoa dependente e contribuir para o aumento dos problemas de saúde do PC, principalmente se a percepção de autoeficácia for baixa, pois o PC fica mais vulnerável para situações alteração do estado emocional, de stresse, de depressão entre outras (Andrade, et al., 2008; Marziali, et al., 2010; Harmel, et al., 2011; Gallagher, et al., 2011 a, 2011 b). Neste estudo, verifica-se que quando os PC não apresentam problemas de saúde, percecionam uma melhor autoeficácia, corroborando com o que afirma Bandura (1986, 1997, 2008), quando afirma que estados somáticos interferem com a percepção de autoeficácia.

Diferentes estudos apontam para o facto de que quando há envolvimento familiar e o PC tem ajuda para a prestação de cuidados, este tem mais qualidade de vida e os cuidados prestados à pessoa dependente podem melhorar (Hanson, 2005; Whitlatch, 2008). Neste estudo, os 46 PC (43,8%) que têm ajuda de outra(s) pessoa(s) percecionam uma maior autoeficácia, corroborando com o defendido por Bandura et al. (2008), quando afirma que a existência de estruturas de apoio permite ao PC demonstrar aquilo que acredita ser capaz. No mesmo sentido, Sequeira (2007) afirma que o suporte social é fundamental para otimizar o desempenho do papel do PC para tomar conta da pessoa dependente.

Um achado relevante prende-se com o facto dos PC que coabitam com a pessoa dependente (81,9%), percecionarem uma menor autoeficácia. Considera-se que este achado poderá estar relacionado com o facto de que quando o PC coabita com o dependente tem uma melhor percepção das reais necessidades de cuidados e das dificuldades, do que quando não coabita, situação em que muitas das necessidades do dependente podem não ser identificadas (Schumacher, 2006). Contudo, seria espectável pela perspectiva de Schumacher et al. (2006), que a percepção dos cuidados necessários melhorasse o desempenho do PC em relação às verdadeiras necessidades da pessoa dependente. O estudo não o contradiz, nem o confirma. Contudo, entende-se que poderá não estar em causa a qualidade do desempenho do PC, mas apenas a sua percepção acerca do seu desempenho, uma vez que ao ser detentor de uma noção mais específica do seu desempenho como PC, tenha maior consciência das dificuldades e precepção uma diminuição da

autoeficácia, uma vez que a autoeficácia é o julgamento que o indivíduo faz acerca do seu desempenho (Bandura, 1977, 1986, 1997, 2008).

Uma das variáveis consideradas preponderantes para a prestação de cuidados é a experiência anterior de cuidados (Schumacher, 2006). Dos PC que fazem parte do estudo apenas 23% destes têm experiência anterior de cuidar de pessoas dependentes. Contudo, quando comparada a existência ou não desse facto com a percepção de autoeficácia, os resultados obtidos não se revelaram estatisticamente significativos (a PAE melhorou, mas sem qualquer significado estatístico).

Um outro achado relevante foi o facto dos PC que não têm apoio institucional (70,5%), e destes, os que não pensam recorrer a apoio institucional (28,6%9), percecionarem uma maior autoeficácia. Este achado poderá encontrar-se associado ao facto dos PC que têm uma alta percepção de autoeficácia recorrem menos ao apoio institucional. Claramente são precisos mais estudos para certificar esta leitura, uma vez que a literatura refere que o apoio social pode facilitar a prestação de cuidados (Sequeira, 2007). Contudo, segundo Bandura et al. (1977, 1986, 1997, 2008) as crenças de autoeficácia são as percepções que os PC têm sobre as suas próprias capacidades e essas crenças proporcionam a base da motivação humana, o bem-estar e as realizações pessoais. Considera, também, a autoeficácia como um determinante crítico para a forma como os indivíduos regulam o seu pensamento e o seu comportamento. Pelo que a leitura acerca de uma PAE elevada pode indicar que o PC acredita ser capaz e considera não necessitar de apoio por ser capaz sozinho. Por outro lado, é frequente encontrar pessoas que subestimem ou superestimem as suas capacidades, pelo que a sua PAE possa sofrer as consequências de uma desadequada avaliação, para Bandura et al. (2008) as consequências de um julgamento erróneo desempenham um papel fundamental no processo contínuo de autoavaliação da eficácia. Quando as consequências desse julgamento erróneo não provocam danos reconhecidos, o PC pode não sentir a necessidade de reavaliar as suas capacidades, e pode envolver-se em outras tarefas para além da sua competência.

Quanto à existência de recursos financeiros que permitam ao PC tomar conta da pessoa dependente, verificou-se que os PC que referiram ter recursos para tomar conta da pessoa dependente (71,4%), percecionaram uma maior autoeficácia comparativamente com aqueles que referiram não ter recursos financeiros, corroborando o descrito na literatura (Vilela, 2006; Family Caregiver Alliance, 2006; Petronilho, 2007; Sequeira, 2007; Given, et al., 2008). Acerca dos recursos financeiros, Bandura, et al. (2008) afirmam que quando há limitações sociais e recursos inadequados, essas limitações impedem os esforços do PC e dificultam a realização

de atividades para tomar conta da pessoa dependente. Desta forma, a percepção da autoeficácia pode exceder a capacidade de desempenho, não porque o PC não saiba como fazer o que acredita que sabe, mas porque é impedido de fazer, por falta dos recursos necessários, aquilo que acredita saber fazer.

Quando comparada a PAE do PC relativamente a cada autocuidado na admissão com a PAE do PC relativamente a cada autocuidado da alta, verifica-se uma melhoria generalizada da PAE do PC. Tal facto pode dever-se a uma consciencialização do PC acerca das necessidades da pessoa dependente, que o motiva a aderir a estratégias de aquisição de novos conhecimentos e habilidades. É aqui, que o enfermeiro tem um papel extremamente importante, quer na implementação de estratégias que permitam a consciencialização das necessidades, quer na preparação do PC para tomar conta da pessoa dependente. Como referido anteriormente, existem várias fontes que contribuem de forma significativa para a percepção de autoeficácia: através da observação, onde o PC por modelação vai tomando consciência das suas capacidades e confiando cada vez mais no seu potencial de desempenho; o reforço verbal positivo é uma estratégia frequentemente utilizada pelo enfermeiro como fonte de encorajamento e motivação (O'Leary, 1985; Schunk, 1995; Bandura, 1986, 1997, 2008).

Reconhece-se a influência da PAE na ação humana, existem alguns fatores que podem alterar esta relação. Por isso, é importante reconhecer a natureza das habilidades necessárias para determinado comportamento para que não surjam discrepâncias entre o desempenho adequado e a noção de autoeficácia. Segundo Bandura et al. (2008), quando o PC não está certo das necessidades que determinam o seu desempenho, a sua avaliação de eficácia pode induzi-lo em erro. Por exemplo, atividades de tomar conta que são percebidas como mais difíceis do que realmente são, podem resultar em interpretações desadequadas de pouca eficácia, e por outro lado, aquelas que são percebidas como menos difíceis podem resultar em excesso de confiança.

Face aos resultados obtidos quando comparada a PAE global do PC com as competências cognitivas e instrumentais demonstradas, verificou-se que a PAE global do PC para o autocuidado melhorou na maioria das situações em que o PC demonstrou competências nos diferentes domínios do autocuidado, especialmente no autocuidado tomar banho, no autocuidado andar, uso do sanitário, no transferir-se e virar-se, cujos resultados encontrados têm tradução estatisticamente significativa. Contudo, é importante salientar que avaliações de conhecimentos ou competências não se traduzem diretamente em fontes de informação para a autoeficácia, pois as pessoas interpretam os resultados dos acontecimentos e usam essa informação para

fazer o seu próprio juízo de autoeficácia. Uma vez que a seleção, integração, interpretação e recordação de informações influenciam os julgamentos de autoeficácia (Bandura, et al., 2008).

Ter conhecimento dos “mecanismos” de promoção da crença de autoeficácia permite ao enfermeiro munir-se de estratégias promotoras da confiança do PC para enfrentar as dificuldades como desafios a serem superados e não como ameaças difíceis de contornar.

O enfermeiro deve contribuir para que se observe por parte do PC uma verdadeira crença de autoeficácia, fazê-lo acreditar nas suas capacidades e que o seu papel é de facto imprescindível e de relevante importância para a pessoa dependente. Para que exista uma consciência efetiva do PC da sua importância e tenha uma efetiva de percepção de autoeficácia, é necessário que o PC acredite que ele está de facto a dar o seu melhor. É esta “consciência”, que face à intervenção dos enfermeiros durante o internamento da pessoa dependente, permite explicar os resultados encontrados quando se avalia a PAE do PC no momento da admissão e se avalia novamente no momento da alta. Constata-se que a PAE do PC melhorou em muitas situações desde o primeiro momento de avaliação até ao segundo momento (quando comparamos as avaliações efetuadas no mesmo grupo de PC). É evidente, que os resultados poderiam traduzir-se numa maior confiança no desempenho do papel de PC face a todos os autocuidados, conciliados com uma maior demonstração de conhecimentos e aprendizagem de habilidades do PC para fazer face às necessidades apresentadas pela pessoa dependente. Considera-se que estes aspetos podem melhorar se o enfermeiro tiver conhecimento destes factos, se for alertado para eles. Considera-se fundamental que a avaliação da PAE do PC seja realizada o mais cedo possível. A constatação de uma baixa percepção de autoeficácia permite que os PC fiquem mais despertos para muitas necessidades que não tinham noção da sua existência, o que lhes permite ao longo do internamento questionarem os enfermeiros e procurarem respostas às suas dúvidas.

Os resultados mostram que, quando comparados os dados da PAE do PC para cada autocuidado entre o momento da admissão e o momento da alta hospitalar, que em todos os domínios do autocuidado se verifica uma melhoria da PAE do PC, existem dois domínios do autocuidado em que não se verifica nenhum caso de redução da PAE do PC, são o domínio do autocuidado relacionado com o “banho” e com “tomar a medicação”, ao que pode estar associado o facto de serem domínios do autocuidado para as quais os enfermeiros habitualmente dão mais relevância durante o internamento ou então serem estes os domínios do autocuidado aqueles a que os

PC culturalmente lhes atribuem mais importância, ou ainda porque gradualmente se vão adaptando às necessidades progressivas provocadas pelo prolongamento da vida.

Os domínios do autocuidado em que alguns PC experimentam diminuição da PAE estão associados habitualmente ao aumento da dependência da pessoa para os respetivos autocuidados, e que requerem outro tipo de respostas por parte dos enfermeiros, é o caso do auto cuidado: transferir-se, uso do sanitário, vestir-se, virar-se e andar (salienta-se o facto de ser no autocuidado transferir-se e andar aqueles em que existe um maior número de PC com diminuição da PAE). Por exemplo, em relação ao autocuidado alimentar-se a diminuição da PAE, poderá estar associada à necessidade do PC necessitar de dominar técnicas habitualmente desempenhadas por profissionais de saúde e provavelmente ser necessário maior capacidade cognitiva e gestão de estados emocionais associados à presença de dispositivos que precisam de procedimentos mais complexos. A diminuição da PAE do PC nos domínios do autocuidado: transferir-se, uso do sanitário, vestir-se e andar transferir-se e andar estará sempre intimamente ligada à dependência da pessoa e poderá estar relacionada com a capacidade física do PC. Veja-se que a maior diminuição da PAE do PC se verifica no autocuidado andar e transferir-se, pois em ambos é necessária uma grande capacidade física para muitas vezes suportar o peso da pessoa dependente. Em relação auto cuidado uso do sanitário e ao autocuidado vestir-se ou despir-se, a diminuição da PAE do PC poderá ser explicada pela deterioração cognitiva da pessoa dependente que deixa de colaborar com o PC e dificulta o vestir e o despir, assim como, deixa de deixar de pedir o urinol ou a aparelheira ou para ir ao WC, ou se já usava a frada de colaborar na troca da fralda, o que em conjunto acarreta um aumento da sobrecarga física do PC que o leva a percecionar uma diminuição da sua auto eficácia. De salientar que quer o aumento da dependência da pessoa, quer a detioração cognitiva, provocam no PC um impacto emocional que o leva a percecionar o seu desempenho futuro como muito árduo física e psiquicamente.

Nos resultados da comparação efetuada da PAE do PC entre os dois momentos, salienta-se o autocuidado virar-se, ainda que um PC tenha percecionado uma diminuição da PAE para este autocuidado possivelmente pelos motivos já referidos anteriormente, porém observou-se que 20 PC melhoraram a sua PAE, que reflete a preocupação e o empenho dos enfermeiros em preparar e munir o PC de estratégias que lhe permitam prestar cuidados que evitem as complicações inerentes à condição de dependência, nomeadamente as úlceras de pressão que acarretam enormes custos económicos e especialmente de qualidade de vida. Neste domínio do autocuidado, os resultados esperados pelo PC são visíveis e objetivos (evitar

complicações como as úlceras de pressão) podem levar a que o PC esteja mais alerta e proactivo.

De grande relevância é o facto de em todos os domínios do auto cuidado se verificar que foram mais os PC que percecionaram um aumento da autoeficácia do que ao que percecionaram uma diminuição da autoeficácia. Os resultados mostram que de facto está presente uma melhoria da autoeficácia, que pode estar relacionada com a intervenção de enfermagem planeada para a preparação do regresso a casa tendo em conta objetivos realistas, com o meio envolvente, mas muito com a personalidade e a disposição e motivação do PC para assunção do papel. Claramente que esta disposição e motivação, só podem ser sustentadas se o PC dispuser de recursos adequados ao desempenho do seu papel. Aqui o enfermeiro desempenha um papel importante na identificação das necessidades e na ativação das ajudas e apoios da comunidade.

É necessário salientar o importante papel formativo do enfermeiro na sua prática profissional diária. É imperativo que tenha presente que é objeto de atenção por todos aqueles que o rodeiam quando desempenha a sua atividade profissional, tem um papel formativo para aqueles que o observam, nomeadamente o doente e familiares (mas não só), neste caso concreto o PC, que a observação da execução das suas atividades (instruir e treinar) pode promover a aprendizagem por modelação, pelo que se constitui um veículo promotor da autoeficácia. Por outro lado, reconhecem-se como um “persuasor” que pode desempenhar um papel bastante positivo, principalmente se efetivamente cultivar a crença do PC nas suas capacidades, crenças objetivas e alcançáveis, que contribuam para a dotação efetiva de crença de autoeficácia do PC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso deste estudo permitiu verificar a importância de ajudar o PC a tomar consciência das verdadeiras limitações da pessoa dependente, despertando a sua atenção para a relevância do desempenho do seu papel. Não se tratando de um papel meramente de substituto face à dependência da pessoa para a realização do seu autocuidado, mas o desempenho de um papel que vai muito para além desta vertente, ou seja, um desempenho centrado também na promoção da autonomia para o autocuidado. Neste contexto, torna-se fundamental a importância da estimulação da pessoa dependente de forma a não substituí-la sem necessidade ou, por outro lado, a importância vital em ajudar e/ou substituir a pessoa dependente na prevenção das complicações inerentes à condição de dependência. Para o adequado desempenho é fundamental um PC motivado e confiante nas suas competências.

Daqui, a importância vital do PC motivado para o seu desempenho confiante nas suas capacidades para gerir o seu papel de PC para tomar conta da pessoa de si dependente. Contudo só é possível conhecer e promover esta percepção de confiança, isto é, autoeficácia, se o enfermeiro avaliar a PAE do PC para cada autocuidado que se encontra comprometido na pessoa dependente, para apresenta alguma dependência.

Foi esta avaliação que se procurou fazer neste estudo, e que se considera ter produzido alguns frutos, mas sobretudo deixa a porta aberta para mais estudos nesta área que permitam fortalecer a evidência nesta área de estudo.

Assim, os momentos de recolha de dados do estudo revelaram-se desde o início, propícios para incentivar o PC na procura de respostas, encorajando-o a partilhar as suas dúvidas com a equipa, a participar na tomada de decisão e nos cuidados à pessoa dependente. Desta forma, o PC percebe que não está só, que existe uma equipa multiprofissional que o pode apoiar nesta mudança da vida no regresso a casa, desta forma, vai tomando consciência das necessidades do seu desempenho como PC, em que atividades de tomar conta se sente mais confiante e em que atividades vislumbra mais dificuldades.

O percurso da investigação decorreu com normalidade, nomeadamente nos momentos da recolha de dados em que não se observou qualquer dificuldade em obter o consentimento do PC para participar no estudo, todos os PC a quem foi solicitada participação mostraram vontade em participar, encarando o momento como um espaço de aprendizagem, nomeadamente para refletirem sobre o seu nível de confiança para o desempenho do seu papel de PC. Todos os PC que participaram no estudo estavam conscientes do contributo que este tipo de estudos pode ter para ajudar outros PC na preparação para tomar conta de alguém dependente.

Com o estudo compreendeu-se que a PAE global no momento da alta comparada com a PAE da admissão aumentou, a PAE global melhorou em 82,14% (n=56) dos PC. Pelo que se pode inferir que processo de preparação do PC ao longo do internamento influencia a PAE do PC para tomar conta da pessoa dependente, é provável que se constituam momentos em que o PC faz o seu próprio julgamento acerca das próprias competências e capacidades. Este julgamento feito pelo próprio, é passível de avaliação da PAE do PC, permitindo conhecer a forma como este acredita ter capacidade ou não para assegurar as necessidades do dependente. Esse conhecimento acerca da PAE do PC permite que os enfermeiros possam implementar intervenções de enfermagem mais dirigida às necessidades sentidas por cada PC. Revelando a importância para a tomada de decisão em enfermagem e dando visibilidade à intervenção do enfermeiro na capacitação do PC com conhecimentos e habilidades para tomar conta da pessoa dependente e com estratégias que melhorem a sua PAE.

A avaliação da PAE do PC para tomar conta da pessoa dependente em casa possibilitou reconhecer como pode ser diferente a forma como cada PC percebe o desempenho do seu papel e como se posicionam perante as dificuldades, permitiu compreender há variáveis inerentes ao PC que influenciam a sua PAE, que há variáveis inerentes à pessoa dependente que, também, influenciam a PAE do PC, assim como variáveis socioeconómicas que podem condicionar a PAE do PC. Neste estudo verificou-se que a PAE global do PC é essencialmente influenciada pela idade do PC e pelo nível de dependência Global da pessoa dependente. Em que o aumento de ambas as variáveis contribui para a diminuição da PAE do PC.

A análise dos dados permitiu, ainda, relacionar os enunciados diagnósticos efetuado pelos enfermeiros sobre o conhecimento e a habilidade para tomar conta da pessoa dependente com a PAE do PC, e compreender em que medida a intervenção dos enfermeiros na preparação do PC para tomar conta da pessoa dependente interfere com a PAE do PC. O estudo reforça que a PAE do PC aumenta quando o PC demonstra conhecimentos/habilidades em domínios do autocuidado como o “banho”,

“uso do sanitário”, “virar-se”, “transferir-se” e “andar”. Os resultados obtidos nestes domínios do autocuidado realçam importância do papel desenvolvido nestas áreas e demarca uma importante área de intervenção autónoma da Disciplina de Enfermagem.

O estudo contribuiu para uma melhor compreensão sobre a forma como são desenvolvidas as crenças de autoeficácia e como influenciam o comportamento humano, nomeadamente sobre a sua relevância, como base central para a motivação, bem-estar e realizações pessoais e como pode influenciar na escolha de desafios e no empenho para enfrentar esses desafios.

A avaliação da Perceção de autoeficácia do PC permitiu conhecer a forma como este acredita ter ou não capacidade para assegurar as necessidades da pessoa dependente. Tendo presente que *“os objetivos do seu papel e os níveis de desempenho que lhe são exigidos para a sua execução devem ser avaliados cuidadosamente para que os julgamentos de autoeficácia sirvam de reguladores e indicadores do desempenho.”* (Bandura et al. , p. 107, 2008).

Daqui se depreende a importância de identificar e sistematizar estes critérios, de modo a que as necessidades do PC e do dependente não passem despercebidas. Neste sentido, propõe-se a avaliação sistemática do nível de dependência da pessoa dependente com recurso à *“Avaliação do auto cuidado”* (ESEP, 2010), numa perspetiva de melhorar o conhecimento sobre os aspetos específicos da dependência da pessoa para os diferentes subdomínios do autocuidado. Esta avaliação permitirá identificar os autocuidados em a pessoa dependente necessita de mais ajuda ou de ser substituída, permitindo intervenções de enfermagem direcionadas às necessidades identificadas. A identificação das necessidades do dependente permite também, ao enfermeiro preparar adequadamente o PC tendo em conta essas necessidades. Desta forma, a preparação do PC dirigida às necessidades da pessoa dependente fortalece a perceção de autoeficácia do PC para o desempenho do seu papel para tomar conta da pessoa dependente quando este tiver alta hospitalar e regressar a casa.

Propõe-se, a *“Avaliação da Perceção de Autoeficácia do prestador de cuidados para cuidar do dependente”*, uma vez que revelou ter uma boa consistência interna com um Alpha de Cronbach da PAE Global do PC de 0,838. Propõe-se esta avaliação no momento da admissão para aqueles que já assumiam o papel de PC, uma vez que permite identificar os domínios do autocuidado que no seu papel de tomar conta da pessoa dependente, são fonte de fraca perceção de autoeficácia e que se deverão constituir alvo da atenção dos enfermeiros. Desta forma, o enfermeiro pode e deve dirigir a sua atenção para esses domínios específicos e implementar as intervenções de enfermagem adequadas. Como o estudo revelou, é relevante proceder à *“Avaliação da Perceção de Autoeficácia do prestador de cuidados para cuidar do dependente”*

após implementação do plano de intervenção de enfermagem no âmbito da preparação para o regresso a casa da pessoa dependente. Sugere-se ainda que, mesmo que se trate de uma dependência recente cuja assunção do papel de PC seja também ela recente, esta avaliação da PAE do PC possa ser efetuada numa fase inicial e/ou intermédia do internamento, pois permite ao enfermeiro identificar as áreas em que o PC sente maior dificuldade para tomar conta da pessoa dependente, podendo o enfermeiro ativar os recursos na comunidade que darão suporte ao PC no momento do regresso a casa. Simultaneamente, esta avaliação contribuirá para que também que o PC reconheça as suas capacidades e limitações. Tendo em conta os resultados do estudo, propõe-se que a avaliação da PAE do PC seja efetuada perto do momento da alta como forma de perceber como se sente o PC relativamente à sua capacidade para tomar conta da pessoa dependente, permitindo reforçar conhecimentos, recorrer a estratégias e reforços positivos realistas nos aspetos em que se apresenta menos confiante, assim como, otimizar a continuidade das terapêuticas de enfermagem no domicílio articulando com os enfermeiros dos cuidados de saúde primários.

Considera-se que o enfermeiro poderá ser o elemento central para que o PC possa vivenciar esta transição de forma mais “suave e saudável”, promovendo a confiança do PC nas suas capacidades para tomar conta da pessoa dependente. Este facto poderá ter desta forma um contributo efetivo na redução dos custos socioeconómicos que poderão resultar da prevenção de complicações no dependente inerente à sua condição de saúde, diminuindo nomeadamente os reinternamentos por complicações. Por outro lado, a existência de um PC bem preparado, permite que este possa adquirir uma perceção de autoeficácia que lhe aumenta a confiança e promova o seu bem-estar, motivando-o para a continuidade do seu importante papel de PC. O que certamente conduziria a uma redução de custos económicos à sociedade em geral pela diminuição da necessidade de institucionalizar a pessoa dependente, e ainda porque um PC com forte perceção de autoeficácia enfrenta menor desgaste emocional e menor risco de sobrecarga física e emocional, que trariam como é óbvio custos socioeconómicos acrescidos.

Pelo presente estudo reconhece-se a importância de conhecer a perceção que cada PC tem da sua capacidade para tomar conta como forma de identificar as suas dificuldades para tomar conta da pessoa dependente, pelo que as propostas de avaliação da PAE do PC nos diferentes momentos sugeridos podem constituir-se um recurso para que os enfermeiros consigam efetivamente preparar o PC para a assunção do papel de PC acreditando ser capaz de prestar os cuidados adequados à pessoa dependente. Permitindo dar visibilidade a ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de

enfermagem, associados à preparação dos PC para o desempenho de um papel adequado face à condição de dependência de um membro da família.

Reconhece-se que as propostas de avaliação da PAE do PC implicam um processo de mudança, e que o desenvolvimento de determinados objetivos da mudança implica que estes sejam realistas. De acordo com Perry (2004, p. 263) *“Se as mudanças propostas forem pequenas e focalizadas, o enfermeiro pode não necessitar de uma estratégia elaborada de mudança (...) podem atingir ou virem a ser atingidos alguns sucessos que encorajem os profissionais dando suporte ao processo de implementação”*.

Segundo Sale (2000), as mudanças na prática precisam de ser cuidadosamente revistas para garantir que resultam efetivamente numa melhoria da qualidade dos cuidados. Pelo que se considera que as mudanças muitas vezes implicam formar, consciencializar e motivar os enfermeiros envolvidos.

Silva (2007) defende que o conceito de “enfermagem avançada” como um conceito de uma enfermagem com mais enfermagem e um sentido para o desenvolvimento da profissão e da Disciplina. Neste sentido, considera-se que este estudo pode contribuir para uma melhoria da intervenção autónoma da enfermagem, clarificando estratégias que podem melhorar a prática de enfermagem, contribuindo para o bem-estar da pessoa dependente e melhoria do desempenho do PC que conduz a um aumento da PAE e motivação (reciprocamente sustentadas).

Como referência final, recorda-se que segundo Benner (2005) para resolver eficazmente um problema é necessário envolver-se e acreditar naquilo que se faz e que os problemas mais difíceis necessitam de uma grande sensibilidade e de um bom espírito de análise. A mesma autora, afirma que *“a abertura dos olhos aguça a sensibilidade”* (Benner, p. 201, 2005) e permite ver os sinais que poderão revelar-se a solução para o problema.

Assiste-se muitas vezes à existência de argumentos como o défice de pessoal, rácio enfermeiro/doente, rotatividade, situação política e socioeconómica, que procuram justificar a falta de empenho na mudança. Ao longo dos anos estas justificações continuam a repetir-se. No entanto, alguém avança e mostra que apesar destas justificações repetidas é possível marcar a diferença. Neste sentido, partilha-se da ideia de que *“Afinal, não podemos esperar que sejamos reconhecidos pela sociedade se não nos reconhecermos a nós mesmos como profissionais de saúde.”* (Benner, p.255, 2005).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, L. & Freire, T. 2003. *Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação*. Braga : Psiquilíbrios, 2003.

Andrade, E. & Margarita, A. 2008. Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*. Jul-Sep, 2008, Vol. 34, AN 3468547.

Bandura, Albert. 1997. Self- efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev.* 84, 1997, Vol. 2.

Bandura, Albert. 1986. *Social Foundations of Thought and Action*. New Jersey : Prentice hall, 1986.

Bandura, Albert. 1977. *Social learning Theory*. New Jersey : Prentice Hall, 1977.

Bandura, Albert; Azzi, Roberta & Polydoro, Soely. 2008. *Teoria Social cognitiva: conceitos básicos*. Porto Alegre : ArtMed, 2008.

Benner, Patricia. 2005. *De Iniciado a Perito*. Coimbra : Quarteto, 2005. ISBN: 989-558-052-5.

Bortier, Perrenoud. 1999. Construire des compétences, est-ce tourner le dos aux savoirs ? *Pátio. Revista Pedagógica*. Novembro, 1999, Vol. 11.

Cabral, Roque. 1996. Princípios de Autonomia, Beneficência, não Maleficência e Justiça. [autor do livro] Jorge Biscaia e Walter Osswald Luís Archer. *Bioética*. Lisboa : Verbo, 1996.

COMISSÃO NACIONAL DA UNESCO - Portugal. 2006. Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura Divisão de Ética das Ciências e Tecnologias Sector de Ciências Sociais e Humanas. Lisboa : s.n., 2006.

Degeneffe, C.; Chen, F.; Dunlap, L.; Man, L. & Sung, C. 2011. Development and validation of Caregiver Empowerment Scale: a resource for working with family caregivers of persons with traumatic brain injury. *Rehabil Psychol.* Aug, 2011, Vol. 3.

Driscoll, Andrea. 2000. Managing post-discharge care at home: an analysis of patients' and their carers perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal of Advanced Nursing*. 31, 2000, Vol. 5.

Duque, Hernani José. 2009. O doente dependente no auto cuidado - estudo sobre a avaliação e acção profissional dos enfermeiros. Porto : s.n., 2009. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Edwards, Helen & Chapman, Helen. 2004. Quality in Ageing. Caregiver-careceiver communication Part 2: Overcoming the influence of stereotypical role expectations. Nov, 2004, Vol. 5.

Eija, G. & Marja-Leena, P. 2005. Home care personnel's preceptions on successful discharge of elderly clients from hospital to home setting. *Nordic College of Caring Sciences*. 2005.

Family Caregiver Alliance. 2007. Family Caregiver: State of the Art, Future Trends. San Francisco : s.n., 2007. Report from a National Conference.

Family Caregiver Alliance. 2006. Caregiver Assessment: Principles, Guidelines and Strategies for Change. *Family Caregiver Alliance*. San Francisco : s.n., 2006. Vol. I, Report from a National Consensus Development Conference.

Ferreira, Manuel & Dias, Maria. 2005. *Ética e profissão: Relacionamento Interpessoal em Enfermagem*. Camarate : s.n., 2005. ISBN: 972-8930-04-6.

Fonseca, N. & Penna, A. 2008. Profile of the family caregiver for patients with of cerebral vascular accident. *Ciência & Saude Coletiva*. Jul-Aug, 2008, Vol. 13 (4), ISSN: 1678-4561.

Fortin, Marie-Fabienne. 2009. *Fundamentos e etapas do Processo de Investigação*. Loures : Lusodidacta, 2009.

Gallagher, D.; Ni Mhaolain, A.; Crosby, L.; Ryan, D.; Lacey, L.; Coen, F.; Walsh, C.; Coakley, D.; Walsh, J.; Cunningham, C. & Lawlor, B. 2011 a. Determinants of the desire to institutionalize in Alzheimer's caregivers. *Am Alzheimers Dis Otter Dement*. May, 2011 a, Vol. 26(3).

Gallagher, D.; Ni Mhaolain, A.; Crosby, L.; Ryan, D.; Lacey, L.; Coen, R.; Walsh, C.; Coakley, D.; Walsh, J.; Cunningham, C. & Lawlor, B. 2011 b. Self-efficacy for managing dementia may protect against burden and depression in Alzheimer's caregivers. *Aging Mental Health*. Aug, 2011 b, Vol. 6.

Giovannetti, E.; Wolff, J.; Xue, Q.; Weiss, C.; Leff, B.; Boulton, C.; Hughes, T. & Boyd, C. 2011. Difficulty Assisting with Health care Tasks Among caregivers of Multimorbid Older adults. *J Gen Intern Med*. Aug, 2011.

Given, B.; Sherwood, P. & Given, C. 2008. What Knowledge and Skills Do Caregivers Need?: Caregivers need certain knowledge and skills both to provide the best possible care and to protect their own well-being. *AJN*. September, 2008, Vol. 108.

Grimmer, K.; Moss, J. & Gill, T. 2005. Discharge Planning Quality from the Arer Perspective. *Quality of Life Research*. 2005, Vol. 9, Austrália.

Hanson, Shirley May Harmon. 2005. Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e investigação. *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e investigação*. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda. Loures : Lusociência - Edições técnicas e científicas, Lda., 2005.

Harmell, A.; Chattillion, E.; Roepke, S. & Mausbach, B. 2011 a. A review of the psychobiology of dementia caregiving: a focus on resilience factors. *Curr Psychiatry Rep*. Jun, 2011 a, Vol. 13(3).

Harmell, A; Mausbach, B.; Roepke, S.; Moore, R.; Känel, R.; Patterson, T.; Dimsdale, J.; Mills, P.; Ziegler, M. & Allison, M. 2011 b. The relationship between self-efficacy and resting blood pressure in spousal Alzheimer's caregivers. *Br J Health Psychol*. May, 2011 b, Vol. 16.

Hendrix, C.; Landerman, R. & Abernethy, A. 2011. Effects of Individualized Caregiver Training Intervention on Self-Efficacy of Cancer Caregivers. *West J nurs Res*. September, 2011, Vol. 26.

ICN, International Council of Nurses. 2011. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)*. 2011. ICNP BroWser Demo.

ICN, International Council of Nurses. 2005. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2005. Versão 1 - Tradução oficial Portuguesa. ICNP BrowserDemo.

INE. 2011. *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. Lisboa. Portugal : Instituto Nacional de Estatística, I.P., 2011. ISSN 1647-1695 ISBN 978-989-25-0010-2.

INE. 2008. Estatísticas Demográficas 2006. <http://www.ine.pt>. [Online] 2008. [Citação: 30 de Outubro de 2011.] http://www.ine.pt/portal/PORTAL_INE/Destaques?DESTAQUESdestboui=5582248&DESTAQUEmodo=2. ISSN 0377-2284.

Jewell, Sara. 1993. Discovery of discharge process: a study of patient dscharge from a care unit elderly people. *Jornal of Advanced Nursing*. 1993, Vol. 18.

Le Boterf, G. 2003. *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Porto Alegre : Artmed, 2003.

Löckenhoff, C.; Duberstein, P.; Friedman, B. & Costa, P. 2011. Five-factor personality traits and subjective health among caregivers: The role of caregiver strain and self-efficacy. *Psychol Aging*. Sep, 2011, Vol. 26(3).

Maramba, Patricia. 2004. Discharge Planning Process - Applying a model for evidence-based Practice. *Jornal of Advanced Nursing*. 2004, Vol. 19.

Marziali, E.; McCleary, L. & Streiner, L. 2010. Evaluation of an assessment battery for estimating dementia caregiver needs for health and social care services. *Am J Alzheimers dis Other Demen.* Aug, 2010, Vol. 25(5).

Meleis, A.; Sawyer, L.; Messias, D. & Schumacher, K. 2000. Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science (ANS).* Aspen Publishers, 2000, Vol. 23(3), 12-28.

Merluzzi, T.; Philip, E.; Vachon, D. & Heitzmann, C. 2011. Assessment of self-efficacy for caregiving: the critical role of self-care in caregiver stress and burden. *Palliat Suport Care.* Mar, 2011, Vol. 9(1).

Murphy, M.; Escamilla, M.; Blackwell, P.; Licke, K.; Williams, D.; Shan, V. & Lewis, S. 2007. Focus on research methods: Assessment of Caregiver's willinness to Participate in an Interventions Research Study. *Research in Nursing & Health.* 2007, Vol. 30.

Murteira, Bento. 1997. *Análise exploratória de dados: Estatística descritiva*. Alfragide : McGRAW-HILL, 1997. ISBN: 972-9241-25-2.

Naylor, Mary. 1994. Comprehensive Discharge Planning for Hospitalized Elderly. *Annals of Internal Medicine.* Junho, 1994, Vol. 120.

Neumann, B.; Crewe, C.; Clow, B. & Amaratunga, C. 2007. Healthy Balance Research Program atlantic Center of Women's Health: A community alliance for health research on women's unpaid caregiving. Nova Scotia, Canada : s.n., 2007. Vol. July, www.healthyb.dal.ca.

Northouse, L.; Katapodi, C., Song, L.; Zhang, L. & Mood, W. 2010. Interventions with family caregivers of cancer patients: meta-analysis of randomized trials. *CA Cancer Clin.* Sep-Oct, 2010, Vol. 60(5).

Pereira, Filipe. 2006. Informação e Qualidade do exercício Profissional dos Enfermeiros; Dissertação de Candidatura ao grau de doutor em Ciências de Enfermagem submetida ao instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. 2006.

Perlin, I.; Mullan, T.; Semple, J. & Skaff, M. 1990. Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist.* 1990, Vol. 30, [Consultado a 16 de Dezembro de 2010][Em linha]<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2276631>.

Perry, Lin. 2004. Implementar a melhor evidência na prática clínica. [autor do livro] Jean Craig e Rosalind Smyth. *Prática Baseada na evidência.* Loures : Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2004.

Pestana, Maria & Gageiro, João. 2008. *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS.* Lisboa : Edições Sílabo, 2008. ISBN: 978-972-618-498-0.

Petronilho, Fernando. 2007. *Preparação do regresso a casa*. Coimbra : Formação e saúde, Lda., 2007. ISBN: 978-972-8485-91-7.

Polit, F. & Hungler, P. 1995. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995.

Powazki, D. 2011. The family conference in oncology: benefits for the patient, family, and physician. *Semin Oncol.* Jun, 2011, Vol. 38(3).

Ribeiro, Pais. 2004. Adaptação de uma Escala de Avaliação da Auto-eficácia Geral. <http://www.fpce.up/docentes/paisribeiro/testes/EFICACIA.htm>. [Online] 2004. [Citação: 6 de Janeiro de 2012.]

Robinowitz, Y.; Saenz, E.; Thompson, L. & Gallagher-Thompson, D. 2011. Understanding Caregiver health behaviors: depressive symptoms mediate caregivers self-efficacy and behavior patterns. *Am J Alzheimers Dis Other Dement.* Jun, 2011, Vol. 26.

Romero-Moreno, R.; Lousada, A.; Mausbach, T.; Márquez-Gonzalez, M.; Patterson, L. & López, J. 2011. Analysis of the moderating effect of self-efficacy domains in different points of the dementia caregiving process. *Aging Ment Health.* Mar, 2011, Vol. 15(2).

Sale, Diana. 2000. *Garantia da qualidade nos cuidados de saúde para os profissionais da equipa de saúde*. Lisboa : Publicações Universitárias e Científicas, 2000.

Savundranayagam, Y.; Montgomery, J.; Kosloski, D. & Little, J. 2011. Impact of a psychoeducational program on three types of caregiver burden. *Int J Geriatr Psychiatry.* Apr, 2011, Vol. 26 (4).

Schumacher, K.; Beidler, S.; Beeber, A. & Gambino, P. 2006. A transactional model of cancer family caregiver skill. *Advances in Nursing science (ANS).* 2006, Vols. Jul-Sep, p.271-286.

Schumacher, K.; Stewart, B.; Archbold, P.; Caparro, M.; Mutale, F. & Agrawal, S. 2008. Effects of caregiving demand, mutuality, and preparedness on family caregiver outcomes during cancer treatment. *Oncology Nursing Forum.* 2008, Vol. 35.

Schunk, H. 1995. *Self-efficacy and education*. New York : Plenum Press, 1995.

Schwarzer, R. & Scholz, U. 2000. Cross-Cultural Assessment of Coping Resources: The General Perceived self-Efficacy Scale. *Health Psychology and Culture, Tokyo.* 2000.

Sequeira, Carlos. 2007. *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra : Quarteto, 2007. ISBN: 978-989-558-092-7.

Serra, Vaz. 2007. *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra : MinervaCoimbra, 2007. 267504/07.

Shyu, Yea-Ing Lotus. 2000. The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a taiwanese sample. *Jornal of Advanced Nursing*. 2000, Vol. 32, 3.

Silva, Abel. 2007. Enfermagem Avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. Jan-Abr, 2007, Vol. 55.

Steffen, M.; Mckibbin, C.; Zeiss, M.; Gallagher, T. & Bandura, A. 2002. The revised scale for caregiving self-efficacy: reliability and validity studies. *Gerontol J B Psycho Sci Soc Sci*. Jan, 2002, Vol. 57(1).

ULSM. 2010. <http://www.ulsm.min-saude.pt/>. Matosinhos : Hospital Pedro Hispano (Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE), 2010.

UNESCO- Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. 2006. *Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura Declaração Universal sobre Bioética*. Lisboa. Portugal : Comissão Nacional da UNESCO - Portugal, 2006.

Van Mierlo, L.; Meiland, F.; Vander, R. & Dröes, M. 2011. Personalised caregiver support: effectiveness of psychosocial interventions in subgroups of caregivers of people with dementia. *Int J Geriatric Psychiatry*. Apr, 2011.

Vilela, A.; Mieira, E.; Sousa, A.; Sousa, D.; Cardoso, E. & Gonçalves, L. 2006. Perfil do familiar cuidador de idoso doente e/ou fragilizado do contexto sociocultural de Jequié. *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia*. 2006, Vol. 9, ISSN: 1809 - 9823.

Walker, C.; Hogstel, M. & Curry, L. 2007. Hospital discharge of older adults: How nurses can ease the transition. *AJN*. June, 2007, Vol. 107.

Whitlatch, Carol. 2008. Informal Caregivers: Communication and Decision Making. Communicating about care preferences can improve the well-being of caregivers and care recipients. *AJN*. September, 2008, Vols. 108,9.

Zagonel, Ivete. 1999. o cuidado humano transaccional na trajetória de Enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Julho, 1999, Vol. 7, ISSN: 0104 - 1169.

Zauszniewski, J.; Bekhet, A. & Suresky, M. 2010. Resilience in family members of persons with serious mental illness. *Nurs Clin North Am*. December, 2010, Vol. 45(4).

ANEXOS

ANEXOS I - Pedido de autorização à ESEP para utilização dos instrumentos de colheita de dados: “Avaliação da dependência no auto cuidado” (ESEP, 2010) e “Avaliação da Autoeficácia do Prestador de Cuidados” (ESEP, 2010) e respectiva autorização

Exmo. Senhor Presidente da Escola
Superior de Enfermagem do Porto

Assunto: Autorização para a utilização do *“Instrumento de avaliação da dependência no auto cuidado”* (ESEP, 2010) e autorização para a utilização do *“Instrumento de avaliação da Autoeficácia do Prestador de Cuidados”* (ESEP, 2010)

Paula Alexandra Estorninho de Bessa Leite, Enfermeira da Unidade Local de Saúde de Matosinhos a exercer funções no serviço de Medicina M, encontrando-se a frequentar o curso de Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, vem por este meio solicitar autorização para utilizar o *“Instrumento de avaliação da dependência no auto cuidado”* (ESEP, 2010) e autorização para utilizar o *“Instrumento de avaliação da Autoeficácia do Prestador de Cuidados”* (ESEP, 2010). Com o objetivo de integrar um estudo de investigação na Unidade Local de Saúde de Matosinhos, no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O projecto de investigação é intitulado ***“Avaliação da autoeficácia do prestador de cuidados”***, é orientado pelo Professor Doutor Paulino Sousa (Professor na Escola Superior de Enfermagem do Porto) e co-orientado pelo Professor Fernando Oliveira (Professor adjunto da Escola Superior de Enfermagem do Porto), e tem por finalidade contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, através da percepção e reconhecimento do Prestador de cuidados acerca das suas capacidades para assegurar a continuidade de cuidados no regresso a casa.

O projecto de investigação tem como objectivos:

- Conhecer a percepção de auto eficácia do PC para tomar conta da pessoa dependente;
- Descrever a percepção de autoeficácia do PC para tomar conta da pessoa dependente;
- Relacionar a percepção de autoeficácia do PC com as características do próprio;
- Relacionar a percepção de autoeficácia do PC com as características da pessoa dependente;
- Relacionar a avaliação que os enfermeiros fazem dos conhecimentos, competências e habilidades do PC com a percepção de autoeficácia do PC.

Desta forma espera-se que o referido estudo contribua para a sistematização desta área de intervenção autónoma de enfermagem. Pois ao compreender em que medida a avaliação da autoeficácia do prestador de cuidados, na admissão e na alta pode contribuir para a optimização do plano de preparação

para o regresso a casada, estamos certos que este conhecimento pode contribuir para a promoção e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, no sentido do desenvolvimento de uma prática de enfermagem sistematizada e alicerçada na evidência científica.

O estudo de investigação assentará fundamentalmente numa metodologia de investigação de natureza quantitativa, a ser desenvolvido no serviço de Medicina M da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM). Integra-se num outro projecto mais extenso que a ESEP se encontra a desenvolver em parceria com a ULSM, projecto esse denominado *“Transição do hospital para o domicílio: Preparação do regresso a casa”* que se insere no aprofundamento da colaboração entre a ULSM (entidade prestadora de cuidados de saúde) e a ESEP (instituição responsável pelo ensino, a educação e a investigação científica), como uma estratégia de construção de projectos tendentes à consolidação de “Unidades de Cuidados de Referência” (UCR).

Trata-se de um estudo descritivo e correlacional. Quanto ao tempo será um estudo transversal, o momento de colheita de dados planeia-se ser no momento da admissão (caracterizar a dependência do dependente com o instrumento cuja a autorização está a ser solicitada com o presente documento e o prestador de cuidados através de um questionário construído pelo próprio e a avaliação percepção de auto eficácia do prestador de cuidados com o instrumento cuja a autorização, está a ser também a ser solicitada) e no momento da alta clínica a (será efetuada a avaliação percepção de auto eficácia do prestador de cuidados que já o era e ao que o vai ser pela primeira vez).

De salientar que estarão sempre presentes, em todas as fases do estudo, os princípios éticos inerentes aos estudos de investigação, nomeadamente a confidencialidade e a salvaguarda dos participantes, à obtenção de seu consentimento informado para a participação no estudo, bem como à confidencialidade dos dados que vierem a ser consultados/produzidos.

Prevemos que o estudo esteja concluído até ao final do mês de Julho de 2010, altura em que se prevê a sua dissertação e comunicação dos resultados, os quais nos comprometemos a comunicar à instituição.

Porto, 27 de Dezembro de 2010

Pede deferimento,

(Paula Alexandra Estorninho de Bessa Leite)

De: "SAAE" <academica@esenf.pt>
Assunto: Requerimento de 27/12/2010
Data: Ter, Janeiro 4, 2011 3:23 pm
Para: ep2364@esenf.pt

ESEP

Exma. Sra. Enfermeira:

Com referência ao seu requerimento de 27/12/2010, vimos informar V. Exa. Do teor do despacho do Sr. Presidente de 01/01/2011 que sobre o mesmo recaiu:
"Autorizado."

Com os melhores cumprimentos.

A Assistente Técnica

Maria de Fátima Araújo da Silva
Mestra em Direito – área de Ciências Jurídico-Civilísticas pela FDUC

cid:image002.png@01CAD67B.7EF18780

mapa sede

Serviços Académicos e de Apoio ao Estudante
Edifício Sede

Rua Dr. António Bernardino de Almeida
4200 – 072 Porto

Telefone: 225 073 507
Correio electrónico: fatimasil@esenf.pt
Web: <http://portal.esenf.pt>

Esta mensagem e quaisquer ficheiros anexos a ela são confidenciais e destinam-se à leitura exclusiva da pessoa a quem são dirigidos. Se não é seu o destinatário ou a pessoa responsável pelo seu encaminhamento ao respectivo destinatário, fica notificado de que a recebeu por engano, devendo destruí-la, eliminá-la do sistema e informar o remetente.

Qualquer utilização, distribuição, reencaminhamento ou outra forma de revelação a outrem, nomeadamente por impressão ou cópia, é expressamente proibida, excepto se a mensagem referir que pode ser utilizada para aqueles fins.

ANEXO II– Instrumento de “Avaliação Do Autocuidado”
(ESEP, 2010)

ANEXO III – Instrumento de “Avaliação Da Percepção Da Autoeficácia Do Prestador De Cuidados para cuidar do dependente” (ESEP, 2010)

ANEXO IV - Questionário para caracterização sócio
demográfica do Prestador de Cuidados

Este questionário é composto por um conjunto de questões, às quais solicito que responda com a maior precisão possível.

Vou ler-lhe as questões, uma a uma. Caso tenha dúvidas, solicite os esclarecimentos que entender necessários.

Caracterização do prestador de cuidados

Prestador de cuidados principal:

1º Nome (facultativo): _____

Idade: _____

Parentesco: _____

Profissão: _____

Escolaridade: _____

Tem problemas de saúde? Sim ☐ Não ☐

É a única pessoa que vai prestar cuidados? Sim ☐ Não ☐

Vive na mesma habitação? Sim ☐ Não ☐

Já cuidou de alguém antes? Sim ☐ Não ☐

Tem mais pessoas dependentes a seu cargo? Sim ☐ Não ☐

Quem?

Recorre ao apoio de alguma instituição? Sim ☐ Não ☐

Que tipo de apoio?

Pensa recorrer ao apoio de alguma instituição? Sim ☐ Não ☐

Que tipo de apoio?

Tem recursos financeiros que lhe possa facilitar a prestação de cuidados?

Sim ☐ Não ☐

Observações:

Contacto (facultativo):

ANEXO V - Desenho do estudo

QUADRO 8: Desenho do estudo

	AVALIAÇÃO INICIAL:	VARIAVEIS	Fases do estudo
ADMISSÃO	<p>Caracterizar a dependência do dependente com o <i>“Instrumento de avaliação do grau de dependência no auto cuidado da pessoa dependente”</i> (ESEP, 2010).</p> <p>Características no dependente: sexo, idade, instalação da dependência.</p> <p>Caracterizar o prestador de cuidados, através de um questionário previamente construído para definição das variáveis demográficas e (...)</p> <p>Avaliar a percepção de auto eficácia do PC acerca da atividade de tomar conta do dependente, através do <i>“Instrumento de avaliação da Autoeficácia do Prestador de Cuidados”</i> (ESEP, 2010) ao PC que já assumia o papel de PC.</p>	<p>Grau de dependência da pessoa dependente.</p> <p>Sexo, idade, instalação da dependência (anterior ou de novo)</p> <p>Variáveis demográficas do PC: idade, sexo, parentesco, escolaridade, profissão, existência de problemas de saúde, única pessoa a prestar cuidados, coabitação com o dependente, existência de experiência anterior, mais pessoas DP a cargo, apoio institucional, pretende recorrer apoio institucional, recursos financeiros.</p> <p>Percepção de autoeficácia acerca da atividade de tomar conta.</p>	1ª Fase de colheita de dados
ALTA	<p>AVALIAÇÃO DO PRESTADOR DE CUIDADOS:</p> <p>Caracterizar a dependência do dependente com o <i>“Instrumento de avaliação do grau de dependência no auto cuidado da pessoa dependente”</i> (ESEP, 2010).</p> <p>Avaliação de conhecimentos e habilidades necessárias à atividade de tomar conta do dependente no regresso a casa.</p> <p>Avaliação da percepção de autoeficácia do prestador de cuidados acerca da sua capacidade de tomar conta do dependente, através do <i>“Instrumento de avaliação da Autoeficácia do Prestador de Cuidados”</i> (ESEP, 2010).</p>	<p>VARIAVEIS</p> <p>Grau de dependência da pessoa.</p> <p>Conhecimentos/habilidades demonstrados ou não demonstrados de acordo com o parametrizado do SAPE 10G.</p> <p>Percepção de autoeficácia do PC acerca da atividade de tomar conta do dependente.</p>	2ª Fase de colheita de dados

ANEXO VI - Carta de explicação do estudo

CARTA DE EXPLICAÇÃO DO ESTUDO

Antes de decidir se vai colaborar neste estudo, deve primeiro compreender o seu propósito, o que se espera da sua parte, os procedimentos que se irão utilizar, os riscos e os benefícios da sua participação.

Pedimos para que leia todo o documento e se sinta à vontade para colocar todas as questões que pretender antes de aceitar fazer parte do estudo.

Pretendemos desenvolver um estudo de investigação sobre ***“Avaliação da autoeficácia do prestador de cuidados”***.

O estudo visa descrever a perceção de autoeficácia dos familiares prestadores de cuidados de pessoas dependentes no auto cuidado; relacionando esta perceção de autoeficácia com as suas características (de prestador de cuidados) e com as características da pessoa sua dependente. Tendo como finalidade relacionar a avaliação que os enfermeiros fazem dos conhecimentos e capacidades do prestador de cuidados com a perceção de autoeficácia do prestador de cuidados. Esperando que com os resultados da investigação possamos produzir conhecimento que auxilie o enfermeiro na preparação do prestador de cuidados para o regresso a casa de forma a poderem dar melhor resposta às necessidades das populações.

PARTICIPAÇÃO: A sua participação no estudo é voluntária. Se decidir participar, poderá sempre deixar de o fazer a qualquer momento, sendo sempre aceite e salvaguardada a sua opção em não querer participar mais no estudo.

PROCEDIMENTO: Importa referir que este estudo assenta numa metodologia de Investigação quantitativa em que serão efetuados questionários (um ou dois no início e/ou no fim do internamento) que versam fundamentalmente conhecer a sua crença dos prestadores de cuidados nos seus conhecimentos e habilidades para a atividade de tomar conta da pessoa dependente.

RISCOS E BENEFÍCIOS DE PARTICIPAR NO ESTUDO: Não existem quaisquer riscos para os participantes do estudo. Consideramos que poderão existir benefícios imediatos, quer a nível pessoal, quer para a pessoa de quem cuida. Pois as questões poderão ajuda-lo a tomar consciência das suas reais necessidades.

CONFIDENCIALIDADE: Todos os dados relativos a este estudo serão mantidos sob sigilo. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir à identificação dos participantes. Após a conclusão do estudo, todos os dados relativos aos intervenientes e que possam conduzir à sua identificação serão destruídos.

ANEXO VII - Pedido de autorização para a realização de um trabalho de Investigação na ULSM e respetiva autorização

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração da
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE

Assunto: Autorização para a realização de um trabalho de Investigação

Paula Alexandra Estorninho de Bessa Leite, Enfermeira da ULSM nº1662, a exercer funções no serviço de Medicina M, encontrando-se a frequentar o curso de Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, vem por este meio solicitar autorização para a realização de um estudo de investigação na Unidade Local de Saúde de Matosinhos para a apresentação da dissertação da sua tese de mestrado.

O projecto de investigação é intitulado ***"Avaliação da autoeficácia do prestador de cuidados: que contributos para os cuidados de enfermagem"*** é orientado pelo Professor Doutor Paulino Sousa (Professor na Escola Superior de Enfermagem do Porto) e co-orientado pelo Mestre Fernando Oliveira (Professor adjunto da Escola Superior de Enfermagem do Porto), e tem por finalidade contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, através da percepção e reconhecimento do Prestador de cuidados (PC) acerca das suas capacidades para assegurar a continuidade de cuidados no regresso a casa, que contribuirá por certo para a redução do número de reinternamentos associados a complicações inerentes à condição de dependência e consequente diminuição de custos económicos/sociais, quer com o dependente, quer com o prestador de cuidados que vivencia por certo uma diminuição da qualidade de vida que pode ser atenuada com uma melhor preparação para enfrentar as adversidades.

O projecto de investigação tem como objectivos:

- Conhecer a percepção de auto eficácia do PC para tomar conta da pessoa dependente;
- Descrever a percepção de autoeficácia do PC para tomar conta da pessoa dependente;
- Relacionar a percepção de autoeficácia do PC com as características do próprio;
- Relacionar a percepção de autoeficácia do PC com as características da pessoa dependente;
- Relacionar a avaliação que os enfermeiros fazem dos conhecimentos, competências e habilidades do PC com a percepção de autoeficácia do PC.

Desta forma espera-se que o referido estudo contribua para a sistematização desta área de intervenção autónoma de enfermagem. Pois ao compreender em que medida a avaliação da autoeficácia do prestador de cuidados, na admissão e na alta pode contribuir para a optimização do plano de preparação para o regresso a casada, estamos certos que este conhecimento pode contribuir para a promoção e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, no sentido

do desenvolvimento de uma prática de enfermagem sistematizada e alicerçada na evidência científica.

O estudo de investigação assentará fundamentalmente numa metodologia de investigação de natureza quantitativa, a ser desenvolvido no(s) serviço(s) de medicina. Trata-se de um estudo descritivo e correlacional.

Quanto ao tempo será um estudo transversal, o momento de colheita de dados planeia-se:

- No momento da admissão caracterizar a dependência do dependente com o instrumento de *“Avaliação da dependência no auto cuidado”* (ESEP, 2010) e o prestador de cuidados, através de um questionário construído pelo próprio e a avaliação percepção de auto eficácia do prestador de cuidados com o instrumento de *“Avaliação da Autoeficácia do Prestador de Cuidados”* (ESEP, 2010);
- No momento da alta clínica a será efetuada a avaliação percepção de auto eficácia do prestador de cuidados que já o era e ao que o vai ser pela primeira vez com o instrumento de *“Avaliação da Autoeficácia do Prestador de Cuidados”* (ESEP, 2010).

De salientar que estarão sempre presentes, em todas as fases do estudo, os princípios éticos inerentes aos estudos de investigação, nomeadamente o anonimato e a salvaguarda dos participantes, à obtenção de seu consentimento informado para a participação no estudo, bem como à confidencialidade dos dados que vierem a ser consultados/produzidos.

Prevemos que o estudo esteja concluído até ao final do mês de Julho de 2010, altura em que se prevê a sua dissertação e comunicação dos resultados, os quais nos comprometemos a comunicar à instituição.

Para facilitar a apreciação do pedido, anexamos o projecto delineado para este trajeto de investigação.

Porto, 29 de Dezembro de 2010

Pede deferimento,

(Paula Alexandra Estorninho de Bessa Leite)

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

HOSPITAL PEDRO HISPANO

INFORMAÇÃO

Nº 028/CE/SR

Data: 14-03-2011

Para: Enfermeira Directora do Conselho de Administração
De: Comissão de Ética

Assunto:

Pedido de autorização para recolha de dados


INFORMAÇÃO

Exmos. Senhores,

A Comissão de Ética analisou na sua reunião de 04 de Março de 2011, o Projecto de Investigação "Avaliação da auto-eficácia do prestador de cuidados: que contributos para os cuidados de enfermagem; proponente enfermeira Paula Alexandra Estorninho Bessa Leite da ULSM;

Decidido nada a opor à realização deste estudo desde que, observados os pressupostos logísticos referidos pelos enfermeiros responsáveis e que seja retirado do questionário a ser preenchido, o nome do participante para garantir a confidencialidade do estudo.
Deverá ser remetido a esta Comissão um novo exemplar do questionário que contemple o que foi referido.

Com os melhores cumprimentos.


Dr. José Alberto Silva
(Presidente da Comissão de Ética da U. L. S. – Matosinhos)

Articular trabalho
para a realização do
trabalho
7/2/2011

A Comissão de ética

11/02/11

ULSM, EPE
MARGARETA FILIPE
Enfermeira Directora

Reunião da Comissão de ética

Decidiu-se então que se realizasse
este estudo, desde que observados
os pressupostos legais relativos aos
enfetismos responsáveis e que seja
letivado o questionário e seu
preenchido, o nome do participante
para garantir a confidencialidade
do estudo.

Deu-se em reunião a esta comissão
um novo exemplo do questionário que
contempla o que foi referido.

4/3/11

Dr. José Alberto Silva
Presidente da Comissão de Ética
da ULSM Matosinhos

A RCA para autorizar
o Investigador para
proceder em conformidade
com o solicitado pelo
C. Ética

15/03/11

[Signature]

Assinada por
Autoridade

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO ULSM, EPE
15.03.24

[Signature]
Dr. AMARO FERREIRA
Presidente

[Signature]
Dr. LUCIANA MONTEIRO
Vice-Presidente

[Signature]
Dr. FERNANDO ROSA
Diretor Clínico

[Signature]
Enfermeira Diretora

ANEXO VIII – Computação de novas variáveis para o estudo

Nome da nova variável computada	Procedimento de computação da variável	Variáveis utilizadas para a computação da nova variável, com a respectiva codificação utilizada no formulário
Nível de dependência no autocuidado alimentar-se	<p>Se em todos os itens, valor atribuído=4 → Dependente, não participa</p> <p>Se em todos os itens, valor atribuído=1 → Independente</p> <p>Se tem pelo menos um item com valor atribuído=2 e não tem nenhum com valor=3 ou =4 → Necessita de equipamento</p> <p>Se tem pelo menos um item com valor atribuído=3 → Necessita de pessoa</p>	<p>Todos os itens que compõem o domínio deste autocuidado, constantes do instrumento que avalia o nível de dependência (ESEP, 2010)</p>
Nível de dependência no autocuidado andar	<p>Se em todos os itens, valor atribuído=4 → Dependente, não participa</p> <p>Se em todos os itens, valor atribuído=1 → Independente</p> <p>Se tem pelo menos um item com valor atribuído=2 e não tem nenhum com valor=3 ou =4 → Necessita de equipamento</p> <p>Se tem pelo menos um item com valor atribuído=3 → Necessita de pessoa</p>	<p>Todos os itens que compõem o domínio deste autocuidado, constantes do instrumento que avalia o nível de dependência (ESEP, 2010)</p>
Nível de dependência no autocuidado elevar-se	<p>Se em todos os itens, valor atribuído=4 → Dependente, não participa</p> <p>Se em todos os itens, valor atribuído=1 → Independente</p> <p>Se tem pelo menos um item com valor atribuído=2 e não tem nenhum com valor=3 ou =4 → Necessita de equipamento</p> <p>Se tem pelo menos um item com valor atribuído=3 → Necessita de pessoa</p>	<p>Todos os itens que compõem o domínio deste autocuidado, constantes do instrumento que avalia o nível de dependência (ESEP, 2010)</p>
Nível de dependência no autocuidado uso do sanitário	<p>Se em todos os itens, valor atribuído=4 → Dependente, não participa</p> <p>Se em todos os itens, valor atribuído=1 → Independente</p> <p>Se tem pelo menos um item com valor atribuído=2 e não tem nenhum com valor=3 ou =4 → Necessita de equipamento</p> <p>Se tem pelo menos um item com valor atribuído=3 → Necessita de pessoa</p>	<p>Todos os itens que compõem o domínio deste autocuidado, constantes do instrumento que avalia o nível de dependência (ESEP, 2010)</p>

Nível de dependência no autocuidado tomar banho	<p>Se em todos os itens, valor atribuído=4 → Dependente, não participa</p> <p>Se em todos os itens, valor atribuído=1 → Independente</p> <p>Se tem pelo menos um item com valor atribuído=2 e não tem nenhum com valor=3 ou =4 → Necessita de equipamento</p> <p>Se tem pelo menos um item com valor atribuído=3 → Necessita de pessoa</p>	Todos os itens que compõem o domínio deste autocuidado, constantes do instrumento que avalia o nível de dependência (ESEP, 2010)
Nível de dependência no autocuidado transferir-se	<p>Se em todos os itens, valor atribuído=4 → Dependente, não participa</p> <p>Se em todos os itens, valor atribuído=1 → Independente</p> <p>Se tem pelo menos um item com valor atribuído=2 e não tem nenhum com valor=3 ou =4 → Necessita de equipamento</p> <p>Se tem pelo menos um item com valor atribuído=3 → Necessita de pessoa</p>	Todos os itens que compõem o domínio deste autocuidado, constantes do instrumento que avalia o nível de dependência (ESEP, 2010)
Nível de dependência no autocuidado vestir-se	<p>Se em todos os itens, valor atribuído=4 → Dependente, não participa</p> <p>Se em todos os itens, valor atribuído=1 → Independente</p> <p>Se tem pelo menos um item com valor atribuído=2 e não tem nenhum com valor=3 ou =4 → Necessita de equipamento</p> <p>Se tem pelo menos um item com valor atribuído=3 → Necessita de pessoa</p>	Todos os itens que compõem o domínio deste autocuidado, constantes do instrumento que avalia o nível de dependência (ESEP, 2010)
Nível de dependência no autocuidado virar-se	<p>Se em todos os itens, valor atribuído=4 → Dependente, não participa</p> <p>Se em todos os itens, valor atribuído=1 → Independente</p> <p>Se tem pelo menos um item com valor atribuído=2 e não tem nenhum com valor=3 ou =4 → Necessita de equipamento</p> <p>Se tem pelo menos um item com valor atribuído=3 → Necessita de pessoa</p>	Todos os itens que compõem o domínio deste autocuidado, constantes do instrumento que avalia o nível de dependência (ESEP, 2010)
DP global (score global do nível de dependência)	<u>Média ignorando os nulos</u>	Todos os itens constantes do instrumento que avaliam o nível de dependência (ESEP, 2010).

Score médio da PAE no autocuidado alimentar-se	<u>Média ignorando os nulos</u>	Todos os itens que compõem o domínio da PAE deste autocuidado, constantes do instrumento que avalia a PAE do prestador de cuidados (ESEP, 2010)
Score médio da PAE no autocuidado andar	<u>Média ignorando os nulos</u>	Todos os itens que compõem o domínio da PAE deste autocuidado, constantes do instrumento que avalia a PAE do prestador de cuidados (ESEP, 2010)
Score médio da PAE no autocuidado uso do sanitário	<u>Média ignorando os nulos</u>	Todos os itens que compõem o domínio da PAE deste autocuidado, constantes do instrumento que avalia a PAE do prestador de cuidados (ESEP, 2010)
Score médio da PAE no autocuidado tomar banho	<u>Média ignorando os nulos</u>	Todos os itens que compõem o domínio da PAE deste autocuidado, constantes do instrumento que avalia a PAE do prestador de cuidados (ESEP, 2010)
Score médio da PAE no autocuidado transferir-se	<u>Média ignorando os nulos</u>	Todos os itens que compõem o domínio da PAE deste autocuidado, constantes do instrumento que avalia a PAE do prestador de cuidados (ESEP, 2010)
Score médio da PAE no autocuidado vestir-se	<u>Média ignorando os nulos</u>	Todos os itens que compõem o domínio da PAE deste autocuidado, constantes do instrumento que avalia a PAE do prestador de cuidados (ESEP, 2010)

Score médio da PAE no autocuidado virar-se	<u>Média ignorando os nulos</u>	Todos os itens que compõem o domínio da PAE deste autocuidado, constantes do instrumento que avalia a PAE do prestador de cuidados (ESEP, 2010)
Score médio da PAE no autocuidado tomar a medicação	<u>Média ignorando os nulos</u>	Todos os itens que compõem o domínio da PAE deste autocuidado, constantes do instrumento que avalia a PAE do prestador de cuidados (ESEP, 2010)
PAE no autocuidado alimentar-se	Se valor obtido $\leq 1,75$ → Incompetente Se valor obtido $> 1,75$ e $\leq 2,50$ → Pouco competente Se valor obtido $> 2,50$ e $\leq 3,25$ → Medianamente competente Se valor obtido $> 3,25$ → Muito competente	Score médio da PAE no autocuidado alimentar-se
PAE no autocuidado andar	Se valor obtido $\leq 1,75$ → Incompetente Se valor obtido $> 1,75$ e $\leq 2,50$ → Pouco competente Se valor obtido $> 2,50$ e $\leq 3,25$ → Medianamente competente Se valor obtido $> 3,25$ → Muito competente	Score médio da PAE no autocuidado andar
PAE no autocuidado uso do sanitário	Se valor obtido $\leq 1,75$ → Incompetente Se valor obtido $> 1,75$ e $\leq 2,50$ → Pouco competente Se valor obtido $> 2,50$ e $\leq 3,25$ → Medianamente competente Se valor obtido $> 3,25$ → Muito competente	Score médio da PAE no autocuidado uso do sanitário
PAE no autocuidado tomar banho	Se valor obtido $\leq 1,75$ → Incompetente Se valor obtido $> 1,75$ e $\leq 2,50$ → Pouco competente Se valor obtido $> 2,50$ e $\leq 3,25$ → Medianamente competente Se valor obtido $> 3,25$ → Muito competente	Score médio da PAE no autocuidado tomar banho

PAE no autocuidado transferir-se	Se valor obtido $\leq 1,75 \rightarrow$ Incompetente Se valor obtido $> 1,75$ e $\leq 2,50 \rightarrow$ Pouco competente Se valor obtido $> 2,50$ e $\leq 3,25 \rightarrow$ Medianamente competente Se valor obtido $> 3,25 \rightarrow$ Muito competente	Score médio da PAE no autocuidado transferir-se
PAE no autocuidado vestir-se	Se valor obtido $\leq 1,75 \rightarrow$ Incompetente Se valor obtido $> 1,75$ e $\leq 2,50 \rightarrow$ Pouco competente Se valor obtido $> 2,50$ e $\leq 3,25 \rightarrow$ Medianamente competente Se valor obtido $> 3,25 \rightarrow$ Muito competente	Score médio da PAE no autocuidado vestir-se
PAE no autocuidado virar-se	Se valor obtido $\leq 1,75 \rightarrow$ Incompetente Se valor obtido $> 1,75$ e $\leq 2,50 \rightarrow$ Pouco competente Se valor obtido $> 2,50$ e $\leq 3,25 \rightarrow$ Medianamente competente Se valor obtido $> 3,25 \rightarrow$ Muito competente	Score médio da PAE no autocuidado virar-se
PAE no autocuidado tomar a medicação	Se valor obtido $\leq 1,75 \rightarrow$ Incompetente Se valor obtido $> 1,75$ e $\leq 2,50 \rightarrow$ Pouco competente Se valor obtido $> 2,50$ e $\leq 3,25 \rightarrow$ Medianamente competente Se valor obtido $> 3,25 \rightarrow$ Muito competente	Score médio da PAE no autocuidado tomar a medicação
Score global da PAE	<u>Média ignorando os nulos</u>	Todos os itens constantes do instrumento que avaliam a PAE (ESEP, 2010)

ANEXO IX - Tabela 17 – Diferenças da PAE Global do PC na
alta quando comparadas com os atributos do PC

TABELA 17: Diferenças da PAE Global do PC na alta quando comparadas com os atributos do PC

Variável	N	Mean Rank <i>Mann-Whitney Test (U)</i>	Nível de Significância
SEXO			
Feminino	88	54,68	P=0,199
Masculino	17	44,32	
Total	105		
PARENTESCO			
Filho/filha	49	55,27	P=0,002
Marido/esposa	44	37,80	
Total	93		
ESCOLARIDADE			
Até 1º ciclo	75	50,26	P=0,145
Pós 1º ciclo	30	59,85	
Total	105		
PROBLEMAS DE SAUDE			
Não	31	65,84	P=0,005
Sim	74	47,62	
Total	105		
ÚNICA PESSOA			
Não	59	60,80	P=0,003
Sim	46	43,00	
Total	105		
COABITAÇÃO			
Não	19	71,76	P=0,003
Sim	86	48,85	
Total	105		
EXPERIENCIA ANTERIOR			
Não	66	49,90	P=0,175
Sim	39	58,24	
Total	105		
TEM MAIS DEPENDENTES			
Não	82	51,76	P=0,432
Sim	23	57,41	
Total	105		
TEM APOIO INSTITUCIONAL			
Não	74	57,57	P=0,018
Sim	31	42,10	
Total	105		
PENSA TER APOIO INSTITUCIONAL			
Não	43	60,16	P=0,045
Sim	62	48,03	
Total	105		
TEM RECURSOS FINANCEIROS			
Não	30	43,08	P=0,035
Sim	75	56,97	
Total	105		

PRECEPÇÃO DA AUTOEFICÁCIA GLOBAL NA ALTA E OS ATRIBUTOS DO PC

ANEXO X - Tabela 18 - Comparação da PAE global do PC
com as competências demonstradas pelo PC

TABELA 18: Comparação da PAE global do PC com as competências demonstradas pelo PC

AVALIAÇÃO DA PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA GLOBAL DO PC

		N	Mean Rank Mann-Whitney Test (U)	Significância
TOMAR BANHO: CONHECIMENTO DO PC				
Demonstrado	Não	15	25,57	P <0,001
	Sim	85	54,90	
	Total	100		
TOMAR BANHO: APRENDIZAGEM DE HABILIDADES DO PC				
Demonstrado	Não	18	30,61	P <0,001
	Sim	82	54,87	
	Total	100		
TOMAR BANHO: CONHECIMENTO DE ESTRATÉGIAS ADAPTATIVAS				
Demonstrado	Não	15	25,57	P <0,001
	Sim	85	54,90	
	Total	100		
VESTIR: CONHECIMENTO DO PC				
Demonstrado	Não	1	7,00	P=0,304
	Sim	31	16,81	
	Total	32		
VESTIR: APRENDIZAGEM DE HABILIDADES DO PC				
Demonstrado	Não	5	11,00	P=0,305
	Sim	22	14,68	
	Total	27		
VESTIR: CONHECIMENTO DE ESTRATÉGIAS ADAPTATIVAS				
Demonstrado	Não	4	12,00	P=0,673
	Sim	28	17,14	
	Total	32		
ALIMENTAR: CONHECIMENTO DE TÉCNICA DE ALIMENTAÇÃO				
Demonstrado	Não	4	25,38	P=0,067
	Sim	100	53,59	
	Total	104		
ALIMENTAR: APRENDIZAGEM DE HABILIDADES DO PC				
Demonstrado	Não	8	41,31	P=0,275
	Sim	96	53,43	
	Total	104		
ANDAR: CONHECIMENTO DO PC				
Demonstrado	Não	15	24,03	P=0,017
	Sim	54	38,05	
	Total	69		
ANDAR: APRENDIZAGEM DE HABILIDADES DO PC				
Demonstrado	Não	17	23,91	P=0,009
	Sim	52	38,63	
	Total	69		
ANDAR: CONHECIMENTO DO PC AUXILIAR DE MARCHA				
Demonstrado	Não	17	25,59	P=0,039
	Sim	50	36,86	
	Total	67		
SANITÁRIO: CONHECIMENTO DO PC				
Demonstrado	Não	11	19,14	P <0,001
	Sim	94	56,96	
	Total	105		

AVALIAÇÃO DA PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA GLOBAL DO PC	SANITÁRIO: APRENDIZAGEM DE HABILIDADES DO PC			
	Demonstrado	Não	16	28,56
		Sim	89	57,39
		Total	105	
	P <0,001			
	TRANSFERIR: CONHECIMENTO DO PC			
	Demonstrado	Não	28	31,96
		Sim	69	55,91
		Total	97	
	P <0,001			
	TRANSFERIR: APRENDIZAGEM DE HABILIDADES DO PC			
	Demonstrado	Não	31	37,11
		Sim	66	54,58
		Total	97	
	P=0,004			
	TRANSFERIR: CONHECIMENTO DE ESTRATÉGIAS ADAPTATIVAS			
	Demonstrado	Não	28	31,96
		Sim	69	55,91
		Total	97	
	P <0,001			
	VIRAR: CONHECIMENTO DO PC DA TÉCNICA DE POSICIONAMENTO			
	Demonstrado	Não	14	15,07
		Sim	28	24,71
		Total	42	
	P=0,016			
	VIRAR: APRENDIZAGEM DE HABILIDADES DO PC			
	Demonstrado	Não	13	14,62
		Sim	17	16,18
		Total	30	
	P=0,630			
	VIRAR: CONHECIMENTO DE ESTRATÉGIAS ADAPTATIVAS PARA POSICIONAR			
	Demonstrado	Não	15	14,67
		Sim	26	24,65
		Total	41	
	P=0,010			
	VIRAR: CONHECIMENTO DO PC PARA PREVENIR UP			
	Demonstrado	Não	15	16,40
		Sim	27	24,33
		Total	42	
	P=0,045			
	VIRAR: APRENDIZAGEM DE HABILIDADES PC PARA PREVENIR UP			
	Demonstrado	Não	16	16,50
		Sim	23	22,43
		Total	39	
	P=0,110			